МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

А.Г. Караяни, П.А. Корчемный

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Учебное пособие

МОСКВА - ВУ

ВОЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

А.Г. Караяни, П.А. Корчемный

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Учебное пособие

Москва - 2010

ББК – Ю942-82+Ю948

К 216

Допущено Учебно-методическим объединением
высших военно-учебных заведений по образованию в области военного управления
Вооруженных Сил Российской Федерации по гуманитарно-социальным специальностям
в качестве учебного пособия для курсантов и слушателей высших военно-учебных
заведений

Караяни А.Г., Корчемный П.А.

К 216 Психологическая помощь в кризисных ситуациях: учебное пособие. - М.: ВУ, 2010. 348 с.

В учебном пособии изложены методические требования к учебной дисциплине «Психологическая помощь при кризисных ситуациях». Дана классификация и психологическая характеристика трудных жизненных ситуаций. Раскрыта сущность стресса, психической травмы, посттравматического стрессового расстройства, психологического кризиса. Обоснованы цели, задачи, формы, методы психологической помощи лицам, переживающим кризисную ситуацию. Показана специфика переживания разных кризисных ситуаций (боевые действия, террористический акт, утрата, насилие, возрастные и профессиональные кризисы, суицидальная попытка) и организации психологической помощи их субъектам.

Учебное пособие предназначено для курсантов и студентов, занимающихся по программам подготовки психологов.

ББК – Ю942-82+Ю948

ВВЕДЕНИЕ

Природные бедствия (землетрясения, извержения вулканов, ураганы, тайфуны, торнадо, наводнения, сходы снежных лавин, сели, пожары, эпидемии, неурожай и др.), техногенные катастрофы (начиная с гибели кораблей и заканчивая авариями на АЭС), социальные катаклизмы (войны, бунты, революции, насилие, террор, терроризм и др.), личные трагедии людей (утрата родных, близких, имущества, профессии, тяжелая болезнь, алкоголизм, наркомания, другие пагубные пристрастия) сопровождают человечество на протяжении всей его цивилизованной истории. Они отличаются различными масштабами и последствиями. Одни, например, эпидемии чумы в свое время унесли десятки миллионов человеческих жизней, опустошили целые регионы Европы и Азии. Вторые, к примеру наводнения, губят порой десятки и сотни тысяч людей. Третьи, такие как семейное насилие, могут касаться одного человека. Но всех их объединяет то, что они влекут за собой тяжелые психологические последствия для человека: трагические переживания, жизненные кризисы, распад личности.

Человек не может прожить жизнь без трудностей. Она является не только величайшим даром, но и суровым испытанием каждого человека, его духовных и физических сил, воли, целеустремленности, психической устойчивости.

Люди по-разному переживают жизненные трудности. Одни самостоятельно преодолевают их и становятся более закаленными, зрелыми, подготовленными к новым испытаниям. Другие переживают их как трагедии, бессилие, неверие в собственные возможности, отчаиваются и отдаются во власть событий, изолируются от людей, уходят в болезнь, пьянство, наркоманию, а иногда кончают жизнь самоубийством. Последние нуждаются в квалифицированной психологической помощи.

В современной теории и практике психологической помощи отмечается большое разнообразие в понимании сущности ситуаций, в которые попадают люди в процессе жизни, и их психологических последствий. В научном лексиконе используются понятия «сложная ситуация», «трудная ситуация», «экстремальная ситуация», «чрезвычайная ситуация», «кризисная ситуация», «кризис». Разная трактовка базовых понятий определяет различие в подходах к оказанию психологической помощи лицам, нуждающимся в ней.

Однако не только сложные ситуации собственной жизни оказывают негативное воздействие на психику человека. В последние два столетия в мире появились десятки профессий, характеризующихся высокой сложностью, экстремальностью, напряженностью, оказывающих неблагоприятное влияние на психическую деятельность и здоровье людей. К числу таких профессий можно отнести профессии военного, милиционера, космонавта, летчика, авиадиспетчера, подводника, спасателя, пожарного и др. С не меньшим основанием к ним можно отнести и профессию психолога.

Задачей данного учебного пособия является выработка целостного подхода к пониманию и классификации жизненных ситуаций, психологическому вспомоществованию пострадавшим и лицам, переживающим профессиональный кризис.

Пособие адресуется студентам, обучающимся по специальности 030301.65 – Психология, и преподавателям курса «Психологическая помощь при кризисных ситуациях».

Учебное пособие подготовлено: А.Г. Караяни – введение, гл.1-6 (§2.3 написан совместно с Ю.М. Волобуевой), П.А. Корчемный – гл. 7-13.

Глава 1
МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ»

1.1. Общие методические требования к дисциплине

Целью преподавания дисциплины «Психологическая помощь при кризисных ситуациях» является – формирование у студентов факультета системы теоретических знаний, практических навыков и умений оказания психологической помощи людям, находящимся в кризисных ситуациях.

Задачи данной дисциплины следующие:

- сформировать целостное, систематизированное представление о психологическом содержании кризисных ситуаций;

- выработать у студентов навыки в осуществлении психологического анализа кризисных ситуаций, оценивании состояние людей, переживающих их;

- научить студентов методам психологической помощи лицам, находящимся в кризисных ситуациях, схемам индивидуальной и командной работы в кризисной ситуации, способам профилактики и преодоления профессионального выгорания психологов.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста

Учебная дисциплина занимает важное место в системе подготовки психолога. Она призвана сформировать у студента социально-психологическое мышление, способность учитывать психологическую специфику кризисных ситуаций при осуществлении любых профессиональных процедур. Преподавание дисциплины должно осуществляться в тесной взаимосвязи с другими учебными предметами, при этом необходимо раскрывать и подчеркивать место «кризисной психологии»

в системе психологического знания и в структуре практической деятельности психолога. Содержание учебной дисциплины строится на базе теоретико-методологических положений, изученных в курсах «Общая психология», «Клиническая психология», «Психология здоровья», «Психическое здоровье личности», «Психология стресса», «Концепции и методы психологической помощи», применения методов, освоенных в курсе «Консультативная психология», «Методы индивидуальной и групповой психотерапии», «Практикум по психологическому консультированию», «Специализированный тренинг и супервизии». Полученные в курсе знания должны быть тесно увязаны с содержанием учебных дисциплин «Психология семьи», «Организация психологической службы».

Требования к уровню усвоения содержания дисциплины

Выпускник университета, изучая предмет «Психологическая помощь при кризисных ситуациях», должен:

- **иметь представление:**

- о психологической специфике кризисных ситуаций в системе событий жизнедеятельности человека;

- о видах кризисных ситуаций и их основных характеристиках.

- **знать:**

- психологическое содержание посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), методы его диагностики и оказания психологической помощи лицам, страдающим ПТСР;

- психологические особенности, «траекторию» горевания при утратах, систему методов оказания психологической помощи горюющим;

- психологические последствия участия в стихийных бедствиях, катастрофах, боевых действиях, переживания террористических актов;

- психологические последствия физического, психологического, сексуального насилия; особенности переживания насилия детьми;

- психологические особенности социальной депривации лиц, ставших

жертвами сект, переживающих профессиональный и тюремный кризисы;

- психологические факторы суицидального поведения;

- психологические факторы развития игромании;

- принципы работы психолога в составе команды;

- психологическую симптоматику и последствия выгорания психологов, работающих в кризисных ситуациях;

- **уметь:**

- диагностировать посттравматическое стрессовое расстройство с использованием батареи диагностических методов;

- осуществлять психологическую помощь лицам, страдающим ПТСР в рамках индивидуальной и групповой психотерапии;

- оценивать «нормальность» протекания процесса горевания, оказывать психологическую поддержку и осуществлять психологическое сопровождение лиц, переживающих утрату;

- оказывать психологическую помощь лицам, подвергшимся физическому, психологическому, сексуальному насилию, с учетом их пола и возраста;

- оценивать суицидальный риск и консультировать суицидальных клиентов;

- оказывать психологическую помощь лицам, оказавшимся в условиях социальной депривации (тюремное заключение, секта, потеря работы);

- психологически поддерживать клиентов, переживающих возрастные кризисы;

- осуществлять психологическую работу с лицами, страдающими синдромом игромании;

- осуществлять аутодиагностику и профилактику эмоционального выгорания при выполнении работы в кризисных ситуациях;

- **иметь опыт:**

- работы в составе комплексных групп оказания психологической помощи в кризисных ситуациях.

Достижение студентами требуемого уровня знаний и умений обеспечивается путем проведения различных видов занятий. Теоретическая часть дисциплины изучается в виде лекций. Прикладная часть дисциплины отрабатывается в ходе практических занятий, направленных на формирование основных умений и навыков в области кризисной психологии. В процессе обучения студентов осуществляется систематический контроль их успеваемости и качества теоретической и практической подготовки: а) текущий - проведением летучек, опросов и иных форм, избранных преподавателем; б) итоговый - в процессе экзамена по результатам изучения учебной дисциплины.

1.2. Учебная программа

Тема № 1. Психология кризиса. Классификация кризисных ситуаций.

Кризисное событие, экстремальная (чрезвычайная) ситуация. Факторы экстремальной ситуации. Стресс. Переживание кризисной ситуации. Экзистенциальные тревоги. Крушение базовых иллюзий. Психическая травма. Классификация экстремальных ситуаций: по источнику происхождении (природные, техногенные, биолого-социальные); по внезапности наступления (внезапные (непрогнозируемые) и ожидаемые (прогнозируемые), по скорости распространения (взрывные и умеренные), по масштабу распространения (локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные, трансграничные), по продолжительности действия (кратковременные, затяжные), по характеру (преднамеренные (умышленные), непреднамеренные (неумышленные).

Тема № 2. Посттравматическое стрессовое расстройство: сущность, модели, виды.

Сущность посттравматического стрессового расстройства (ПТСР). История создания теории. Симптомы и симптомокомплексы ПТСР. Диагностические критерии. Виды ПТСР. Теоретические модели. Эпидемиология. Индивидуальная уязвимость и социальные факторы. Уровни нарушения здоровья.

Тема № 3. Диагностика посттравматического стрессового расстройства.

Сущность диагностики ПТСР. Группы средств диагностики ПТСР: устные (развернутое клиническое интервью) (Р.Скерфилд и А.Бланк); письменные (бланковые) – структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД), шкалы миссисипского и миннесотского опросников, опросник травматического стресса И.О. Котененва, опросник депрессивности Бека, шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), шкала для клинической диагностики ПТСР, шкала оценки интенсивности боевого опыта, краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР (Харт); психофизиологические тесты. Особенности организации диагностики лиц, страдающих ПТСР.

Тема №4. Психологическая помощь лицам с посттравматическим стрессовым расстройством.

Общие подходы к содержанию и организации психологической помощи лицам с ПТСР. «Траектория» психологической помощи. Индивидуальные (рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, символодрама, ДПДГ) и групповые (дебрифинг стресса критических инцидентов, рэп-группы, группы взаимопомощи, мультимодальная семейная терапия) методы психологической помощи.

Тема №5. Психологическая работа с лицами, переживающими утрату.

Психологическая характеристика функций и процесса утраты. Стадии переживания утраты. Признаки нормального, затянувшегося и патологического горевания. Особенности видов утраты (смерть близкого человека, развод, утрата имущества и др.).

Психологическая поддержка человека, переживающего утрату. Консультирование горюющего. Тренинг исцеления от горя.

Тема №6. Особенности работы психолога в условиях террористического акта.

Классификация террористических актов и их психологическая специфика. Психологические последствия переживания террористического акта. Заложничество и «стокгольмский синдром». Психологические факторы нахождения в заложниках.

Индивидуальные и групповые методы психологической помощи лицам, подвергшимся террористическим актам.

Тема №7. Психологическая работа в районе стихийного бедствия и техногенной катастрофы.

Общая психологическая характеристика стихийных бедствий и катастроф. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях. Психогении в экстремальных ситуациях.

Принципиальная схема организации психологической помощи в районе стихийного бедствия и катастрофы. Методы психологической помощи лицам, пострадавшим от стихийного бедствия, техногенной катастрофы.

Тема №8. Методы психологической помощи жертвам насилия.

Психология жертвы и насильника. Психологическое, физическое, сексуальное насилие. Психологические последствия насилия.

Психологическое консультирование жертв насилия.

Тема №9. Особенности психологической помощи детям – жертвам насилия.

Виды насилия над детьми. Психологические последствия насилия над детьми (нарушения физического и психического развития, заболевания, формирование черт характера, социально-психологические последствия и др.).

Индивидуальное консультирование детей – жертв насилия. Тренинг с детьми, пережившими насилие.

Тема № 10. Особенности психологической помощи суи-цидальным клиентам.

Факторы суицидального риска (генетические, индивидуально-психологические, социально-психологические, социальные, ситуативные). Сущность суицида. Структура и фазы суицидального поведения. Виды суицида. Индикаторы суицидального риска (когнитивные, эмоциональные, коммуникативные, поведенческие, ситуативные).

Психологические последствия незавершенных суицидальных поступков.

Психологические особенности лиц, предпринимавших суицидальные попытки. Методы психологической помощи суицидальным клиентам.

Тема № 11. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке.

Психологические факторы современного боя. Сущность целевого психологического ресурса (ЦПР) воина (персональный, межперсональный, надперсональный, психоэргономический компоненты).

Психологическое обеспечение боевых действий как технология управления целевым ресурсом военнослужащих. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке (психологическая диагностика, поддержка, реабилитация). Методы и принципы психологической помощи. Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий.

Тема № 12. Психология тюремного кризиса. Организация помощи заключенным и освободившимся из заключения.

Психологическая характеристика тюремной субкультуры. Социальная изоляция и депривация. Психологическое и физическое насилие. Психологические факторы и последствия тюремного заключения.

Методы психологического консультирования лиц, находящихся в заключении и вышедшихна свободу.

Тема № 13. Психологическая помощь лицам, попавшим под влияние сект.

Психологическая сущность секты. Психологические факторы влияния секты на личность. Психологические последствия участия в секте. Социально-психологическая изоляция и депривация. Социальный аутизм.

Особенности применения методик изменения убеждений. Методы социальной инженерии. Психотерапия пострадавших.

Тема № 14. Психологическая помощь лицам, страдающим игроманией.

Психологическая характеристика игромании. Уровни психической зависимости от игры.

Методы рациональной терапии игромании. Групповая психологическая помощь. Психологическое кодирование.

Тема№15. Психологическая помощь при профессиональном кризисе.

Психологическая характеристика и виды профессиональных кризисов (потеря работы, организационные барьеры, социально-психологические барьеры, профессиональное «устаревание», профессиональные деформации).

Методы индивидуального и группового консультирования лиц, переживающих профессиональный кризис. Психологическое консультирование организаций.

Тема №16. Психология возрастного кризиса.

Психологическая сущность возрастного кризиса. Кризисы детского и подросткового возрастов. Кризис середины жизни. Кризис пожилого возраста. Психологические последствия возрастных кризисов.

Психологическая помощь лицам, переживающим возрастной кризис. Психологическое консультирование социального окружения лиц, переживающих кризис.

Тема №17. Психологическая профилактика синдрома выгорания у психологов, работающих в кризисных ситуациях.

Психологическая сущность и феноменология профессионального и эмоционального выгорания. Психологические факторы и последствия выгорания психологов.

Психологическая помощь психологам, работающим с клиентами в кризисных ситуациях. Супервизия. Самодиагностика выгорания. Самопомощь при выгорании.

1.3. Планы практических занятий

Практическое занятие по теме №3 «Диагностика посттравматического стрессового расстройства».

План проведения.

Сообщение: «История разработки концепции посттравматического стрессового расстройства».

Доклад: «Симптомы и симптомокомплексы ПТСР».

Вопросы для отработки:

1. Метод развернутого клинического интервью.

2. Опросные методики диагностики ПТСР.

3.Психофизиологические методы выявления ПТСР.

Групповая работа с учебным видеофильмом «Диагностика психических состояний».

Рекомендуемая литература

Боевая психическая травма. -М., 2005.

Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2006.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога.- М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Практическое занятие по теме №4 «Психологическая помощь лицам с посттравматическим стрессовым расстройством».

Доклад: «Общие подходы к психологической помощи лицам с ПТСР».

Учебные вопросы:

1. «Траектория» психологической помощи лицам с ПТСР.
2. Методы индивидуальной психологической помощи (рациональная, когнитивно-поведенческая психотерапия, нейролингвистическое программирование, гештальт-терапия, символодрама, ДПДГ).
3. Методы групповой помощи (дебрифинг стресса критических инцидентов, рэп-группы, группы взаимопомощи, мультимодальная семейная терапия).

Рекомендуемая литература

Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2006.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. - М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. - М.: ВУ, 1993.

Практическое занятие по теме №5 «Психологическая работа с лицами, переживающими утрату».

Доклад: «Нормальная «траектория» горевания»

Учебные вопросы:

1.Методы консультирования клиента, пережившего утрату.

2.Тренинг «Исцеление от горя».

Рекомендуемая литература

Антология тяжелых переживаний. Социально-психологическая помощь. - М., 2002.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога.- М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Практическое занятие по теме №8 «Методы психологической помощи жертвам насилия».

Доклад: «Психологическая характеристика основных видов насилия (физическое, психологическое, сексуальное)».

Учебные вопросы:

1. Методы индивидуального консультирования лиц, подвергшихся насилию.
2. Методы групповой помощи лицам, подвергшимся насилию.

Рекомендуемая литература

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога. - М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. – Ростов н/Д: Феникс, 2004.

Практическое занятие по теме №9 «Особенности психологической помощи детям – жертвам насилия».

Доклад: «Психологический анализ насилия по книге М.Мюррей «Узник

иной войны. Удивительный путь исцеления от детской травмы».

Учебные вопросы:

1. Интервью с ребенком, подвергшимся насилию.

2. Тренинг с детьми, пережившими насилие.

Рекомендуемая литература

Антология тяжелых переживаний. Социально-психологическая помощь. - М., 2002.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: справочник практического психолога. - М.: Эксмо, 2005.

Мюррей М. Узник иной войны. Удивительный путь исцеления от детской травмы. - М., 2004.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. - Ростов/нД: Феникс, 2004.

Практическое занятие по теме №10 «Особенности психологической помощи суицидальным клиентам».

Доклад: «Психологические закономерности суицидального поведения».

Учебные вопросы:

1.Методы выявления суицидального риска.

2. Профилактика суицидального поведения.

3. Методы консультирования суицидальных клиентов.

4. Консультирование лиц после попытки самоубийства.

Рекомендуемая литература

Антология тяжелых переживаний. Социально-психологическая помощь. - М., 2002.

Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2006.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник

практического психолога. - М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

Практическое занятие по теме №17 «Психологическая профилактика синдрома выгорания у психологов, работающих в кризисных ситуациях».

Доклад: «Психологическая характеристика выгорания психолога».

Учебные вопросы:

1.Методы обнаружения выгорания.

2.Метод супервизии.

3. Работа с вторичной травмой.

Рекомендуемая литература

Антология тяжелых переживаний. Социально-психологическая помощь. - М., 2002.

Малкина-Пых И.Г. Экстремальные ситуации: Справочник практического психолога.- М.: Эксмо, 2005.

Тарабрина Н.В.Практикум по психологии посттравматического стресса. – М., 2001.

1.4. Примерный перечень тем рефератов

1. Психологическая характеристика «стокгольмского синдрома».
2. Методы психологического воздействия, применяемые террористами к заложникам.
3. Поведенческие признаки детей, подвергавшихся насилию.
4. Детерминанты сексуальной виктимности.
5. Психологическая сущность выученной беспомощности.
6. Тяжелые переживания как форма психологического кризиса.
7. Особенности оказания психологической помощи в терминальный период жизни.
8. Особенности психологической помощи на войне.

9. Особенности психологической помощи в районе стихийного бедствия (техногенной катастрофы).

10. Психологическая помощь спасателям и сотрудникам спецподразделений.

11. Экстремальные ситуации внутренней миграции в России.

12. Приемы самопомощи в зрелом и пожилом возрасте.

13. Психологическая характеристика диссоциации.

14. Метод кататимного переживания образов.

15. Семейная психотерапия с лицами, переживающими кризис.

16. Психологическая характеристика семейного насилия.

17. Психологическая характеристика насилия в школе.

18. Групповая кризисная терапия.

19. Влияние криминальной субкультуры на поведение человека.

20. Психологическая помощь лицам, освобожденным из мест заключения.

21. Психология секты.

1.5. Примерный перечень вопросов к экзамену по учебной дисциплине

1. Психология кризиса. Классификация кризисных ситуаций.

2. Стресс и психическая травма.

3. Посттравматическое стрессовое расстройство: сущность, модели, виды.

4. История создания теории ПТСР.

5.Симптомы и симптомокомплексы ПТСР. Диагностические критерии.

6. Индивидуальная уязвимость и социальные факторы ПТСР. Уровни нарушения здоровья.

7. Диагностика посттравматического стрессового расстройства.

8. Общие подходы к содержанию и организации психологической помощи лицам с ПТСР. «Траектория» психологической помощи.

9. Индивидуальные методы психологической помощи лицам с ПТСР.

10. Общая характеристика групповых методов психологической помощи.

11. Назначение и методика применения дебрифинга стресса критических инцидентов при оказании психологической помощи участникам экстремальных событий.

12. Назначение и методика применения метода рэп-групп для оказания психологической помощи ветеранам боевых действий.

13. Методы групповой помощи и взаимопомощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией и игроманией.

14.Мультимодальная семейная терапия как метод психологической помощи лицам, переживающим кризисную ситуацию.

15. Психологическая характеристика функций и процесса утраты. Стадии переживания утраты.

16.Признаки нормального, затянувшегося и патологического горевания.

17 Психологические особенности видов утраты (смерть близкого человека, развод, утрата имущества и др.).

18.Психологическая поддержка человека, переживающего утрату. Консультирование горюющего.

19. Тренинг исцеления от горя.

20. Классификация террористических актов и их психологическая специфика. Психологические последствия переживания террористического акта.

21.Психологические факторы нахождения в заложниках. «Стокгольмский синдром».

22. Индивидуальные и групповые методы психологической помощи лицам, подвергшимся террористическим актам.

23. Общая психологическая характеристика стихийных бедствий и катастроф. Стихийное массовое поведение людей в экстремальных ситуациях. Психогении в экстремальных ситуациях.

24. Принципиальная схема организации психологической помощи в районе стихийного бедствия и катастрофы. Методы психологической помощи лицам, пострадавшим от стихийного бедствия, техногенной катастрофы.

25.Психология жертвы и насильника. Психологическое, физическое, сексуальное насилие.

26. Психологические последствия насилия.

27.Психологическое консультирование жертв насилия.

28.Виды насилия над детьми. Психологические последствия насилия над детьми.

29. Индивидуальное консультирование детей – жертв насилия.

30.Тренинг с детьми, пережившими насилие.

31. Сущность и виды суицида. Факторы суицидального риска.

32. Структура и фазы суицидального поведения. Индикаторы суицидального риска.

33. Психологические особенности лиц, предпринимавших суицидальные попытки. Методы психологической помощи суицидальным клиентам.

34. Психологические факторы современного боя. Сущность целевого психологического ресурса (ЦПР) воина.

35. Психологическое обеспечение боевых действий как технология управления целевым ресурсом военнослужащих.

36. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке: методы и принципы.

37.Социально-психологическая реадаптация участников боевых действий.

38. Психологическая характеристика тюремной субкультуры. Психологические факторы и последствия тюремного заключения.

39.Методы психологического консультирования лиц, находящихся в заключении и вышедших на свободу.

40. Психологическая помощь лицам, попавшим под влияние сект.

41. Психологическая помощь лицам, страдающим игроманией

42. Психологическая помощь при профессиональном кризисе.

43.Психология возрастного кризиса.

44. Психологическая помощь лицам, переживающим возрастной кризис.

45. Психологическое консультирование социального окружения лиц, переживающих кризис.

46. Психологическая сущность, феноменология и последствия профессионального и эмоционального выгорания.

47. Психологическая помощь психологам, работающим с клиентами в кризисных ситуациях.

48. Супервизия и самодиагностика выгорания.

49. Самопомощь при выгорании.

Глава 2

ПСИХОЛОГИЯ КРИЗИСА. КЛАССИФИКАЦИЯ КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЙ

2.1.Классификация трудных жизненных ситуаций

Человеческая жизнь – непрерывный поток событий от рождения до смерти. Однако она дается человеку в переживаниях конкретных жизненных событий, этапов, периодов.

Для построения целостной концепции всех жизненных событий человека важно соотнести и выявить родовидовые связи и отношения между понятиями, описывающими эти события.

Наиболее широким понятием, выступающим своеобразным фундаментом для остальных, является понятие «ситуация». Продуктивным представляется трактовка этого понятия Н.Г Осуховой. Она понимает под **ситуацией** систему объективных и субъективных элементов, объединяющихся в жизнедеятельности субъекта в определенный временной период[1].

Ситуация включает объективные и субъективные компоненты. К объективным компонентам относятся: 1) среда (все многообразие физических и социальных переменных и стимулов внешнего мира); 2) значимые события с их причинами и следствиями; 3) физические переменные и психологические параметры ситуации, определяемые внешними условиями, восприятие и интерпретация которых придает им значение и смысл; 4) окружение (сеттинг) как понятие, характеризующее типы ситуаций[2]; 5) переживание ситуации.

Ситуация в значительной мере определяет поведение человека. В классических экспериментах С.Аша, А.А. Бодалева, Ф.Зимбардо, ЛаПьера,

---

[1] Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных жизненных ситуациях. М.: Академия, 2007. С.8.

[2] Магнуссон Д. Ситуационный анализ: Эмпирические исследования соотношения выходов и ситуаций //Психологический журнал. 1983.№2.

С. Милграма, Н. Триплета, М. Шерифа и др. показано, что ситуация может коренным образом изменять восприятие и интерпретацию событий и объектов, мотивацию, нравственные установки, отношения, жизненные смыслы и планы. Ф. Зимбардо сформулировал «эффект Люцифера», суть которого состоит в том, что хороший человек в определенных ситуациях может превратиться в сущего дьявола. И, напротив, откровенный негодяй в конкретной ситуации способен на высоконравственный поступок.

Как показал Г.Селье, влияние ситуативных стимулов может в короткое время истощить адаптационный потенциал человека, сломить его способность к сопротивлению стрессорам, привести к гибели.

Поэтому изучение психологического содержания актуальной ситуации жизнедеятельности является важнейшим условием оказания психологической помощи человеку.

Однако жизненные ситуации отличаются друг от друга по различным основаниям.

По степени сложности их можно разделить на простые и сложные.

Сложная ситуация – ситуация, содержащая множество элементов или элементы, взаимодействие с которыми требует от человека особых знаний, умений, навыков. Одна и та же ситуация может быть простой или сложной для разных людей в силу их возрастных, социальных, статусных, гендерных, этнических, религиозных, профессиональных и иных различий. Так, развод супругов может восприниматься ими по-разному и иметь для каждого из них совершенно разные психологические последствия.

Повседневная деятельность авиадиспетчера или оператора ПВО содержит множество различных элементов (мониторы, мишени, цели, звуки, команды, зрительное утомление, напряжение и др.). Но хорошо подготовленный специалист справляется со сложными ситуациями профессиональной деятельности без психологических издержек.

Сложная ситуация может быть привычной (штатной) или непривычной (нештатной).

Нештатная ситуация – это ситуация, протекающая не по привычному алгоритму, содержащая неизвестные элементы, требующая принятия новых решений. Главными критериями штатности-нештатности выступают внезапность и неожиданность наступления событий, входящих в ситуацию. К примеру, ситуация пожара является нештатной для обычного человека и штатной для пожарника. Вследствие этого она оказывает на этих людей различное психологическое воздействие.

Ситуации могут быть легкими и трудными.

Трудная жизненная ситуация – ситуация, в которой в результате внешних воздействий или внутренних изменений происходит нарушение адаптации человека к жизненным обстоятельствам, блокирующей удовлетворение его основных потребностей усвоенными ранее способами[1].

К трудным ситуациям можно отнести проживание и переживание человеком стихийных бедствий, техногенных катастроф, социальных коллизий, личных драм, превышающих по силе адаптационные способности человека.

Среди трудных ситуаций особое место занимают экстремальные ситуации.

Экстремальная ситуация (от лат. extremus - крайний, критический) - внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимающаяся человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности.

К числу факторов, превращающих трудную ситуацию в экстремальную, относятся:

1. Психогенные – опасность для собственной жизни (здоровья) и жизни (здоровья) близких людей, участие в жестоком насилии по отношению к окружающим (противник, местное население), крайне высокая

[1] Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. С.29.; Психология экстремальных ситуаций: учеб. пособ./Под ред. Ю.С. Шойгу. М.: Смысл, 2010.

ответственность за результаты своей деятельности, противоречивость, острая нехватка или чрезмерный излишек жизненно важной информации, сочетание нескольких видов деятельности, предельно высокий темп работы, новизна, неожиданность, внезапность наступления экстремальной ситуации.

2. Психофизиологические – чрезмерное физическое напряжение, усталость, монотония, длительность пребывания в неблагоприятной обстановке, сильная задолженность сна и отдыха, крайняя сенсорная депривация, голод, жажда, боль.

3. Физико-химические – опасное воздействие неблагоприятных климатических условий (жара, холод, гипоксия, неблагоприятная погода) и деятельностных условий (непереносимый шум, вибрация, запахи и т.п.).

4. Социогенные – захват в заложники, насилие, попадание в агрессивную толпу и т.д.

Перечень факторов экстремальности свидетельствует о том, что утрата человеком родных и близких людей, жизненно необходимого имущества, употребление наркотических средств или алкоголя, патологическая увлеченность азартными играми, возрастные и профессиональные кризисы и т.п. относятся к трудным, но не экстремальным ситуациям. К последним можно отнести ситуации, связанные с участием в боевых действиях, насилием, попаданием в зону террористического акта, в заложники и т.п.

В том случае, когда трудная ситуация требует от человека значительного изменения представлений о мире и о себе за короткий промежуток времени, речь идет о **кризисе** (от греч. krisis — решение, поворотный пункт, исход). или **кризисной ситуации.** Изменения, происходящие с личностью в кризисной ситуации, могут носить как позитивный (приобретение жизненного опыта, личностный рост), так и негативный (крушение базовых ценностей и установок) характер.

В основе всех перечисленных ситуаций лежит субъективный фактор. Они переживаются в зависимости от личного опыта, адаптационного

потенциала, подготовленности к ситуациям. Одна и та же трудная ситуация по-разному отражается в психической деятельности разных людей.

Так, в начале XX в. в японском городе Кусиро произошло сильнейшее землетрясение. Город, насчитывающий 200 тысяч жителей, был полностью разрушен. Не осталось целых зданий. Но ни один человек не погиб. Было отмечено всего лишь 9 пожаров. Дело в том, что каждый японец, в том числе ребенок, покидая дом, обязательно перекрывает газ и воду, выключает свет. Ситуация землетрясения не оказалась для жителей Кусиро трудной.

Для объективной прогностико-статистической характеристики трудных ситуаций на определенных территориях применяется термин «чрезвычайная ситуация».

Чрезвычайная ситуация (ЧС)- это обстановка на определенной территории, сложившаяся в результате аварии, опасного природного явления, катастрофы, стихийного или иного бедствия, которое может повлечь за собой человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности людей[1].

Данный термин введен для определения масштабов возможных неблагоприятных последствий стихийных бедствий и катастроф, объемов необходимой помощи и ликвидации последствий.

К чрезвычайным ситуациям относятся: 1) *ЧС техногенного характера* (транспортные аварии и катастрофы, пожары, неспровоцированные взрывы или их угроза, аварии с выбросами (угрозой выбросов) опасных химических, радиоактивных, биологических веществ, внезапное разрушение сооружений и зданий, аварии на инженерных сетях); 2) *ЧС природного (естественного) характера, стихийные бедствия* (опасные геологические, метеорологические, гидрологические морские и пресноводные явления, деградация почв или недр, естественные пожары, землетрясения, наводнения,

---

[1] Закон о защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ (СЗРФ 94-35).

цунами, извержения вулканов, обвалы, оползни, лавины, сели, ураганы, смерчи, торнадо, лесные пожары, ливни, снегопады, засуха и др. явления, вызванные естественными причинами); 3) *ЧС эколого-биологического характера* (массовые инфекционные заболевания людей (эпидемии), сельскохозяйственных животных, масштабное поражение сельскохозяйственных растений болезнями или вредителями, изменение состояния водных ресурсов и биосферы, просадки, оползни, обвалы, деградация почв, истощение невозобновляемых природных ископаемых, разрушение озонового слоя атмосферы, истощение водных ресурсов, исчезновение видов животных, растений и т.д. в результате деятельности человека); 4) *ЧС социогенного характера* (терроризм, захват заложников, массовые беспорядки, военные действия).

Разные субъекты чрезвычайной ситуации переживают ее различным образом. Выделяют 6 групп субъектов чрезвычайных ситуаций, различающихся уровнем психологической и профессиональной готовности, степенью психологической вовлеченности в них.

Первая группа - **жертвы**. К этой группе относятся те, кто подвергся непосредственному воздействию неблагоприятных факторов, но остался в живых: раненые, физически травмированные, изолированные в очаге чрезвычайной ситуации, взятые в заложники.

Вторая группа - **пострадавшие**. Эта группа включает лиц, реально утративших родных и близких или не имеющих информации об их судьбе, лишившихся жизненно необходимого имущества.

Третья группа - **очевидцы.** Эту группу составляют люди, непосредственно наблюдающие (наблюдавшие) трагические последствия чрезвычайной ситуации.

Четвертая группа – **зеваки.** К данной группе относятся лица, получившие информацию о чрезвычайной ситуации и прибывшие посмотреть на ее последствия.

Пятая группа – СМИ и К – **потребители** (потребители средств массовой информации и коммуникации). Эту группу составляют люди, наблюдавшие за развитием или последствиями чрезвычайной ситуации с помощью средств массовой информации и коммуникации (прежде всего телевидение и Интернет).

Шестая группа - **специалисты**. К этой группе относятся спецподразделения (группы освобождения и захвата), переговорщики, спасатели, пожарники, медицинские и социальные работники, психологи. В условиях психологической экспресс-помощи в чрезвычайных ситуациях деятельность психолога превращается в экстремальную профессию, рядоположенную с другими подобными профессиями.

Таким образом, многообразие жизненных ситуаций человека и наличие различных уровней его вовлеченности в них обусловливают необходимость учета психологической специфики их влияния на человека, нуждающегося в психологической помощи.

2.2. Стресс как реакция на трудную ситуацию

Участие людей в трудных ситуациях оказывает влияние на их психическую деятельность в зависимости от занимаемой ими субъектной позиции.

Специалисты, участвующие в спасении и оказании различных видов помощи пострадавшим, в большинстве случаев воспринимают трагические события диссоциированно, приглушенно, без глубокого эмоционального вхождения в них. Такая защитная позиция, помогая сохранять присутствие духа и психическую стабильность в трудных ситуациях, впоследствии может трансформироваться в такое неблагоприятное психологическое последствие, как синдром профессионального выгорания.

У очевидцев, зевак и потребителей СМИ в зависимости от личностных особенностей может наблюдаться широкий спектр неблагоприятных

психологических последствий: тревога, страхи, нарушение чувства безопасности, актуализация ранее полученных психических травм, неврозы, психосоматические расстройства (обострение хронических заболеваний, бессонница, головные боли) и т.д.

Пострадавшие в трудной ситуации могут испытывать тяжелые эмоциональные реакции, длительные негативные переживания, развивающиеся по психологической траектории переживания горя и посттравматического стрессового расстройства.

Наиболее драматические последствия трудные ситуации имеют для жертв. Они могут манифестироваться в психологических констелляциях разного уровня по шкале патологизации: стресс, дистресс, психическая травма, психологический кризис, посттравматическое стрессовое расстройство.

Рассмотрим перечисленные формы реагирования человека на трудные ситуации.

Установлено, что у одних участников трудной ситуации обстановка вызывает возбуждение, способствующее обострению органов чувств, внимания, памяти, мышления, повышению активности и дееспособности. У других, напротив, трудная ситуация может содействовать понижению чувствительности, замедлению реакций на внешние раздражители, ухудшению координации движений и устойчивости действий, ослаблению памяти и внимания, что снижает психические и физические возможности человека, его шанс на выживание.

Сегодня психологи сходятся на том, что главным психологическим феноменом трудной ситуации, так или иначе влияющим на все психические и нравственные проявления участников, является стресс.

Понятие «стресс» введено канадским физиологом Гансом Селье в 1936 г. для описания адаптационного синдрома. Стресс может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на деятельность, вплоть до ее

полной дезорганизации. В развитии стрессовой реакции выделяются три стадии:

1.Стадия тревоги, продолжающаяся от нескольких часов до двух суток и включающая две фазы: шок и противошок. На стадии противошока происходит мобилизация защитных сил организма.

2. На стадии сопротивляемости (резистентности) повышается устойчивость организма к различным воздействиям. Эта стадия либо приводит к стабилизации состояния и выздоровлению, либо к третьей стадии адаптационного синдрома.

3. Стадия истощения характеризуется расходованием энергии и истощением возможностей организма, повышением тревоги, появлением *дистресса*, перенапряжения.

Стресс - многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в трудной ситуации, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.

Специалисты выделяют *срочную адаптацию* человека к неблагоприятным условиям как комплекс реакций, направленных на приспособление к непривычным стимулам трудной ситуации, и *долговременную адаптацию*, сопровождающуюся такими кардинальными изменениями психики и личности воина, которые позволяют выжить в трудной ситуации.

Срочная адаптация проявляется в одной из трех возможных реакций на стрессор, а именно:

а) *импульсивный тип дезадаптивного поведения:* резкое снижение организованности поведения, импульсивные, преждевременные и несвоевременные действия, утрата сформированных навыков, повтор ответной двигательной реакции, снижение надежности из-за повышения общей чувствительности;

б) *тормозной тип дезадаптивного поведения*: торможение действий и движений, их замедление вплоть до ступора, подавление процессов восприятия и мышления, ведущее к нарушениям приема и переработки информации (пропуск значимых сигналов), а также принятия решений;

в) *адаптивный тип поведения*: целесообразная активность, четкое восприятие и осмысление ситуации, высокий самоконтроль, адекватные действия[1].

У лиц, принимающих длительное участие в трудных ситуациях, закрепляется памятный след новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное значение для выживания. Среди них: восприятие окружающей среды как враждебной; гиперактивация внимания, тревожная настороженность; готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, агрессии и физического уничтожения источника угрозы; сужение эмоционального диапазона, стремление к «уходу» от реальности и оценки ряда нравственных проблем; эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции; способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией; соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение. Адаптация, например, к боевым условиям закрепляет в характере некоторых воинов повышенную ранимость, недоверчивость, отгороженность, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, склонность к агрессивному, саморазрушающему поведению и злоупотреблению наркосодержащими веществами. Кроме этого, у участников боевых действий нередко отмечается усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенной

[1] Военная психология /под ред. А.Г. Маклакова. СПб.: Питер, 2004. С. 344.

чувствительности к несправедливости, «застревание» на негативных переживаниях[1] и др.

В зависимости от вида воздействующего на организм стрессора (*фактора, стимула, воздействия, вызывающего необходимость приспособления*) выделяют психологический и физиологический виды стресса (см. рис.1). Это разделение весьма условно, так как стрессоры действуют, как правило, комплексно.

Стресс бывает *конструктивным* (эустресс - преобладают реакции настороженности, бдительности, быстрой приспособляемости к обстановке, мобилизации всех сил и возможностей), *деструктивным* (дистресс - преобладает реакции тревоги, неуверенности, чрезмерное напряжение всех возможностей организма и невосполняющийся расход ресурсов и т.д.), *травматический стресс* (преобладает психическая дезорганизация, страх, психологический шок, почти полный расход ресурсов нервной и психической системы, возникновение патологических способов «спасения» организма и личности)[3].

Конструктивный стресс можно сравнить с действиями гарнизона древней крепости. При получении сигнала о приближении врага защитники крепости повышают бдительность, усиливают дозоры и составы дежурных сил, проверяют прочность стен, ворот и засовов, готовят к бою оружие и боеприпасы, запасы воды и продовольствия, устанавливают особый режим жизнедеятельности, правила поведения на время осады. При нападении противника они мобилизуют все силы на отпор ему. Из истории известно, что многие крепости нередко сражались чуть ли не до последнего защитника.

---

[1] Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. М., 2005. С.28-30.

[3] Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Введение в профессию военного психолога. М.: Академия, 2007; Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.

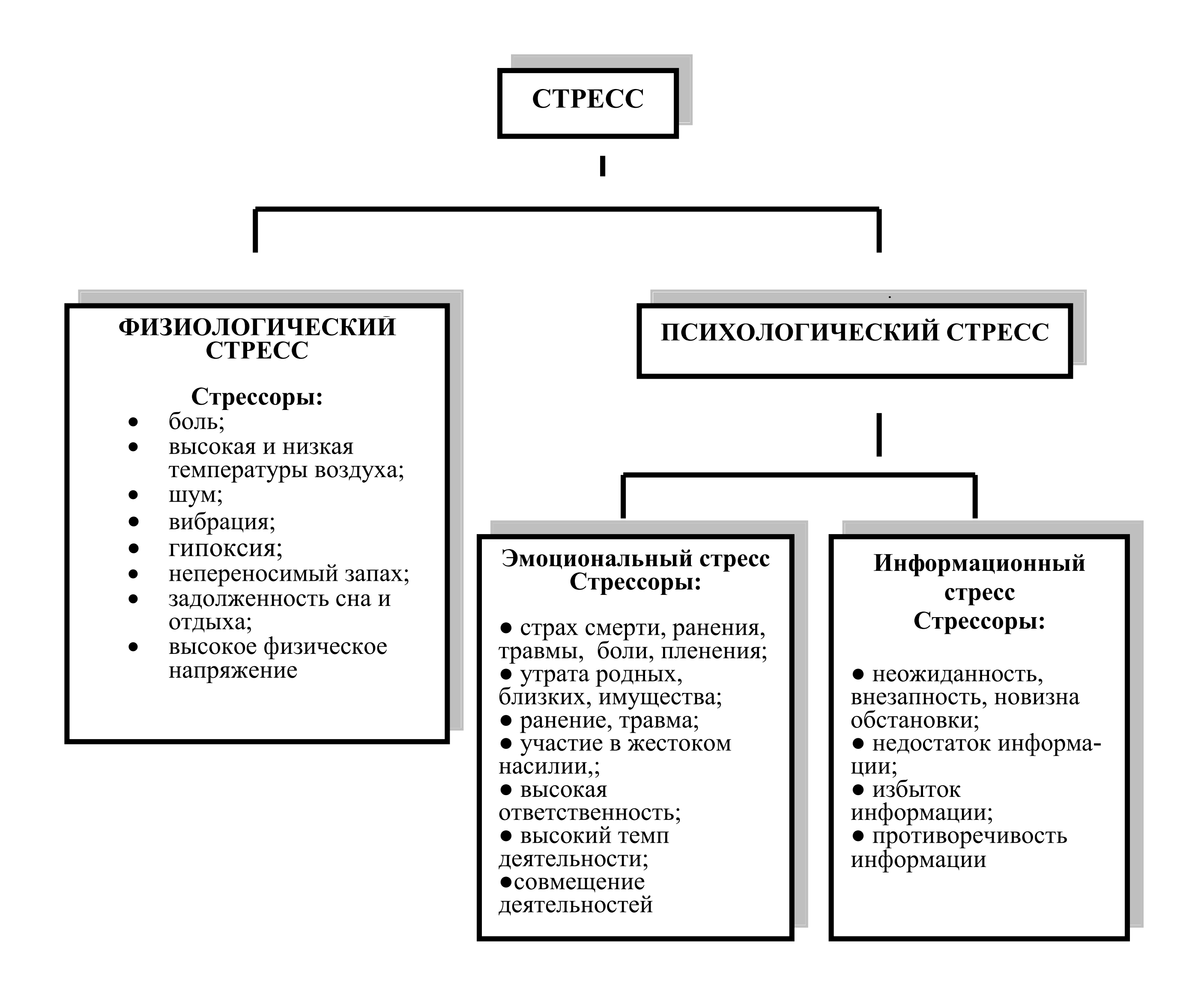


Рис. 1. Виды стресса

Эустресс – это процесс мобилизации всех имеющихся возможностей организма, иммунной, защитной, нервной, психической систем для преодоления опасной для жизни ситуации. У человека происходит изменение состава крови. Впрыскиваемые в кровоток из желез внутренней секреции гормоны, вызывают у него тревогу, бдительность, агрессивность. Увеличивается объем легких, что позволяет доставлять больше кислорода к активно задействованным в работе органам. Сужение кровеносных сосудов

ведет к повышению кровяного давления, усилению кровотока. Перераспределяются схемы движения крови. У деятельностных личностей уменьшается ее доставка к внутренним органам и увеличивается к сердцу, скелетным мышцам.

Внешне стресс проявляется в учащении пульса, дыхания, повышении температуры тела человека, покраснении или побледнении кожных покровов, усилении потоотделения, высыхании во рту, треморе (дрожании мышц), изменении внешней активности (количества, частоты и амплитуды движений), учащении мочеиспускания, усилении тревоги и бдительности и др. Все перечисленные симптомы – это нормальные реакции человека на ненормальные обстоятельства боевой обстановки.

Дистресс – вид стресса, ведущий к быстрому расходованию психических и физических возможностей человека, энергетическому истощению и, как следствие, снижению способности преодолевать неблагоприятные условия.

Известный английский специалист по тактике действий и психологической подготовке спецподразделений К. Макнаб выделяет симптомы боевого дистресса. Рассмотрим их.

Агрессивность/раздражительность. Не только на врага, но и на окружающих людей и неодушевленные предметы. Для проявления агрессии порой достаточно малейшего повода (например, громкого звука).

Алкоголь/наркотики. В стремлении заглушить в себе тягостные воспоминания пострадавший значительно увеличивает потребление алкогольных напитков и наркотиков. При этом его состояние ухудшается, а беспокойство и угнетенность усиливаются.

Апатичность. Пострадавший в бою солдат «уходит в себя» и не проявляет интереса к происходящему вокруг.

Безрассудство – полное пренебрежение собственной безопасностью и безопасностью окружающих.

Бессмысленные поступки, как то: беспредметные разговоры на одну и ту же тему, бесцельные разборка и сборка оружия и т.д.

Дрожь в руках, которая распространяется на все тело.

Кататонический синдром: пострадавший цепенеет и теряет способность двигать конечностями, даже при угрозе собственной жизни.

Нарушение режима питания – утрата интереса к пище, что приводит к потере веса, утомляемости и различным заболеваниям.

Подавленность – депрессивные состояния, сопровождающиеся болезненной самокритикой, безнадежным пессимизмом, страхом перед будущим и чувством усталости.

Потеря памяти. Солдат не способен удержать в памяти слова команды, отданной несколько мгновений назад.

Проблемы с мочевым пузырем/кишечником. Непосредственно перед боем и в бою солдат утрачивает контроль над работой мышц мочевого пузыря и кишечника. Мочеиспускание становится учащенным и непроизвольным, и солдат страдает приступами диареи.

Рассеянность - неспособность сосредоточиться на объектах боевой обстановки и ясно мыслить.

Расстройство речи – синдром «каши во рту».

Резкая смена настроения – от глубокой подавленности до состояния эйфории.

Самобичевание. Солдат испытывает чувство неполноценности, видит себя в невыгодном по сравнению с другими людьми свете.

Скачки температуры тела – «то в жар, то в холод», независимо от температуры окружающей среды.

Тошнота/рвота, препятствующие нормальному приему пищи.

Усталость, возникающая без предшествующей нагрузки и не компенсируемая отдыхом.

Уход от реальности – изоляция солдата в собственных мыслях, в иллюзорном мире своего воспаленного воображения[1].

Травматический стресс – процесс истощения систем организма и «запуска» патологических механизмов приспособления человека к трудной ситуации.

Если вновь обратиться к метафоре осажденной крепости, можно констатировать, что возможности ее защитников небезграничны. Запасы воды, продуктов, боеприпасов иссякают, погибших воинов заменить некем. Мощный удар противника, обманный маневр (типа «троянского коня») или длительная, изнуряющая осада способны сломить волю физически истощенных защитников к сопротивлению. Исходы могут быть различными: уничтожение всех до последнего сопротивляющегося, подрыв крепости вместе с собой ее защитниками, сдача на милость победителю, предательство, заключение мирного договора с неприятелем и др.

Также небезграничны физические и психологические возможности людей, попавших в трудную ситуацию. По мнению Ю.А. Александровского, Я. Агреля и Л. Люнгберга, каждый человек обладает определенным *адаптационным потенциалом* или *психологическим ресурсом*, позволяющим преодолевать стресс-факторы определенной интенсивности. Если сила или продолжительность неблагоприятных внешних воздействий превысит индивидуальные приспособительные возможности человека, происходит «слом адаптационного барьера» и его психическое травмирование. В этом случае говорят, что человек получил психическую травму.

2.3. Сущность психической травмы[1]

В понимании психической травмы у психологов нет единодушия. Сегодня можно выделить ряд методологических подходов к ее изучению.

---

[1] Макнаб К. Психологическая подготовка подразделений специального назначения. М., 2002.С.49-52.

[1] Параграф написан совместно с Ю.М. Волобуевой

Среди них – аффективный, когнитивный, психодинамический, нозологический, личностный и социально-психологический подходы[4].

Аффективный подход использован военными психологами А.А.Кучером, А.В. Крохмалевым, В.А. Мисюрой и И.В. Соловьевым при анализе психологических последствий участия российских военнослужащих в боевых действиях в Чеченской Республике (1994-1996). Они рассматривают психотравму как переживание большой силы, вызванное кратковременным или длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящее к расстройствам психики различной степени тяжести. Среди важнейших психологических феноменов, составляющих общую картину травмы, они выделяют: неспособность концентрировать внимание; частичная или полная амнезия; повышенная чувствительность к шуму, свету и запаху; нарушение логики и быстроты мышления; нарушение критического восприятия боевой обстановки и своих действий; ослабление воли; зрительные и слуховые галлюцинации.

Рассматриваемый подход оказался бессильным в объяснении случаев, когда потерпевшие в процессе травматического события не испытывали явного испуга или шока или когда невротические расстройства возникали при отсутствии инцидента, и следовательно, имеет серьезные ограничения. В рамках этого подхода личностные факторы не ставятся во главу угла научного исследования.

Когнитивный подход к исследованию психической травмы базируется на теории стресса Р. Лазаруса[1] и когнитивной модели реакции страха А.Бека. По Лазарусу, психическая травма развивается по следующей траектории: 1) в ситуации стресса человек осуществляет ее первичное оценивание, 2) оценив ситуацию, он оценивает собственные ресурсы в совладании с

---

[4] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.

[1] Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс: физиологические и психологические реакции / под ред. Л.Леви, В. Н. Мясищева. Л.,1970.

ситуацией (вторичное оценивание), 3) в зависимости от соотношения результатов первичного и вторичного оценивания выбирается тип копинг-стратегий (стратегий совладания со стрессовой ситуацией): а) проблемно-фокусированная стратегия (действия, направленные на преодоление ситуации), б) эмоционально-фокусированный копинг (действия, направленные на улучшение эмоционального состояния).

На принципе оценки степени опасности стимулов и собственных ресурсов основывается модель переживания страха, предложенная А. Беком и Г. Эмери (1985).

В рассмотренных положениях имплицитно указывается на то, что главным механизмом, от которого зависит результат воздействия на человека гиперстрессора, является его Я-концепция и, в частности, самооценка своих возможностей в преодолении травмирующей ситуации. Она, по существу, вплетена уже в сам процесс травматизации и «живет» в нем до исхода этого процесса в виде абсолютизированного эмоционально-фокусированного копинга.

В последнее время в когнитивной психологии **психическая травма** рассматривается *как разрушение базовых когнитивных схем или базовых убеждений личности* под воздействие экстремальной ситуации. Под схемами понимаются когнитивные модели, механизмы структурирования опыта и организации поведения, содержанием которых выступают убеждения.

Убеждения, лежащие в основе схем, разделяются на базовые, касающиеся себя и мира в целом, и ситуативные, касающиеся жизненных ситуаций. Базовые убеждения подвергаются изменениям только при чрезвычайных ситуациях[1].

---

[1] Падун М.А., Агарков В.А. Психическая травма: разрушение базовых убеждений личности // Современная психология: состояние и перспективы: тезисы докладов на юбилейной научной конференции Института психологии РАН 28-29 января 2002 г. М.: ИП РАН, 2002. С.290-292.

Концепция психической травмы, разработанная Р. Янофф-Булман (Janoff-Bulmann,1998), стала теоретическим основанием методики «Шкала базовых убеждений». Центральным моментом этой концепции является тезис о том, что люди, как правило, структурируют свой опыт через призму внутренних убеждений в доброжелательности окружающего мира, справедливости окружающего мира, ценности и значимости своего Я.

Основными базовыми убеждениями являются:

1. Доброжелательность неперсонального мира – убеждение личности в том, что окружающий мир в целом – хорошее место для жизни.

2. Доброжелательность окружающих людей – убеждение в том, что окружающие люди в целом доброжелательны, заботливы и готовы прийти на помощь.

3. Справедливость – убеждение в том, что хорошие и плохие события распределяются между людьми по принципу справедливости: каждый человек получает то, что заслужил.

4. Контролируемость – убеждение в том, что человек так или иначе контролирует происходящие с ним события.

5. Случайность – убеждение в том, что все в жизни определяется случаем.

6. Самоценность – убеждение индивида в том, что он хороший и достойный человек.

7. Самоконтроль – убеждение индивида в том, что он может совершать только предсказуемые и приемлемые для общества поступки.

8. Удача – убеждение в том, что в целом данному индивиду в жизни сопутствует удача.

Психическая травма способна разрушить базовые убеждения. В одночасье индивид сталкивается с ужасом, порождаемым окружающим миром, а также с собственной уязвимостью и беспомощностью, что и выступает основным механизмом психотравматизации.

Из перечисленных базовых убеждений большая часть связана с представлением человека о себе, своих возможностях и достоинствах, то есть с Я-концепцией человека. Следовательно, именно Я-концепция пострадавшего принимает на себя основной «удар» психической травмы. По-видимому, коррекция базовых убеждений должна составлять важный момент психологической помощи пострадавшим.

Н.Г. Осухова[1] в рамках когнитивного подхода проводит идею о том, что термин «травма», заимствованный из хирургической патологии, означает шок «со взломом». Событие и сопутствующее ему смятение как бы взламывают защитный барьер и переворачивают структуру Я. Люди, пережившие такого рода травму, переживают крушение своей личности, своего собственного отношения (разрушение иллюзий о своей неуязвимости, уверенности в стабильности окружающего мира, веры в любовь и поддержку со стороны окружающих).

Т. Грининг[2] отмечает, что при получении психической травмы, помимо физических, нервных и эмоциональных травм, угрозе подвергается само право человека на жизнь, на личное благополучие. Возникает ощущение, что мир (включая людей) не оказывает значительной поддержки человеческой жизни в целом. Разрушается само представление человека о существовании. Существование включает все значимые структуры, свидетельствующие о том, что человек является ценной и жизнеспособной частью материи. В связи с этим экзистенциально-гуманистический подход к лечению посттравматического стресса должен принимать во внимание утрату и обессмысливание человеческих связей.

Психодинамический подход (включающий экономический (энергетический) и информационный подходы) всесторонне разработан

---

[1]Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. С.111.

[2]Грининг Т. Посттравматический стресс с позиций экзистенциально-гуманистической психологии // Вопросы психологии.1994.№ 1.

З.Фрейдом и его последователями. *Экономический подход* к психической травме формировался под влиянием изучения Фрейдом психических явлений, наблюдаемых у ветеранов первой мировой войны. В работе «По ту сторону принципа наслаждения» он определяет психическую травму как прорыв гипотетического защитного покрова («щита»), который предохраняет психику от чрезмерных раздражений. Повторяющиеся у ветеранов сны о психотравмирующих событиях войны он рассматривает как проявление активности, направленной на овладение раздражением, которое вызывается полученными ранее сильными впечатлениями. Появляющееся при этом чувство боязни, по его мнению, мобилизует внутреннюю энергию, необходимую для «связывания» излишнего раздражения.

Позже Фрейдом была сделана существенная поправка к данным воззрениям. В соответствии с этой поправкой к расщеплению психики приводит не сама травмирующая ситуация, а тот устрашающий, трагический смысл, который открывается в ней для конкретного человека.

Подчеркнем, что смысл любой ситуации может осознаваться лишь через призмы оценки своих возможностей, своей миссии, своего статуса и т.д., то есть, по существу, в этой, новой, трактовке психической травмы Фрейд подразумевает присутствие этой психической констелляции.

Травматическое воздействие, по Фрейду, способно оказать любое событие, вызывающее выраженное чувство ужаса, страха, стыда, душевной боли при условии восприимчивости участника травматического события, а также постепенной кумуляции мелких парциальных травм. Травмирующая ситуация может либо спровоцировать скрытую невротическую структуру, либо породить возникновение и содержание симптома.

Подобно чужеродному телу, проникающему внутрь организма, психическая травма длительное время наносит ему вред: она проявляется во вновь и вновь возвращающихся будоражащих воспоминаниях, болезненных переживаниях, ночных кошмарах, расстройствах сна и т.д. Травма может также манифестироваться в опосредованном виде, в форме симптомов

(заикания, тики, обсессии и т.д.). Пострадавшие постоянно находятся в плену драматических переживаний далекого прошлого. Они настойчиво цепляются за эти переживания, так как видят в них своеобразную ценность. Иногда *больные не только не могут освободиться от будоражащих и травмирующих воспоминаний, эмоций и чувств, но и готовы отказаться ради них от реальной жизни, от прошлого и будущего.* Такая «фиксация» на травме может длиться всю жизнь.

Именно обращенность личности в прошлое и фиксация на нем (фиксация на Я-травматическом) является, по-видимому, главным фактором «живучести» и пролонгированности психической травмы.

Интересной представляется идея Фрейда о *механизмах формирования военного невроза, рассматриваемых в рамках конфликта между различными модальностями Я.* Он отмечает, что такой конфликт происходит между «мирным Я солдата и его новым воинственным Я, и он обостряется, как только мирное Я солдата осознает, какой опасности оно подвергается. Старое Я защищается от смертельной опасности бегством в травматический невроз»[1] от своего паразитирующего двойника.

Развитие психической травмы, по мнению Фрейда, в значительной степени зависит от того, последовала ли сразу после травматического события энергичная и достаточная реакция отреагирования (действие, плач, ответ на оскорбление, месть обидчику, слова и т.д.). Отреагирование, как «выплеск чувств», обладает силой катарсиса. Причем катарсическая сила отреагирования сохраняется и может быть актуализирована в процессе психологической помощи пострадавшему практически в любое время.

Традиции психодинамического подхода к пониманию психической травмы продолжил О. Фенихель[1]. По его мнению, любой индивид,

---

[1] Фрейд З. Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. СПб.: Алетейя, 2002.

[1] Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов: Пер. с англ. А.Б. Хавина. М.: Академический проект, 2004.

подвергшийся воздействию мощных раздражителей разрушающей силы, будет психотравмирован. При этом особо разрушительными для психики являются внезапно воздействующие травмирующие стимулы.

Заслуга Фенихеля, на наш взгляд, состоит в том, что он, наряду с обоснованием и раскрытием таких симптомов психической травмы, как осложнения в виде психоневрологических симптомов, проигрывание травматической ситуации в фантазиях, мыслях, чувствах, бессонница и тяжелые нарушения сна с ночными кошмарами, обстоятельно описал *феномен блокирования (снижения) функций Я*, являющегося главной инстанцией личностной регуляции. Фенихель отмечает, что психика человека, подвергшегося травме, концентрируется на задаче преодоления травмирующей ситуации, переработке не находящего разрядки запредельного напряжения. Многие психические функции пострадавшего (в том числе связанные с нравственной регуляцией поведения) становятся неактуальными и блокируются. В результате наблюдается регрессия на примитивные и инфантильные уровни регуляции поведения. Имеют место демонстрация апатии, беспомощности, зависимости, частичные и полные обмороки, бесцельная двигательная активность, тики, чрезмерная экспрессия, крик, плач, тревога, гнев.

По данным Фенихеля, приспособление к психической травме идет медленно, и в случае его неуспеха *Я пострадавшего либо разрушается, либо регрессирует к примитивным формам поведения, либо трансформируется в симптоматику.* Личность человека дизинтегрируется, регрессирует, примитивизируется, инфантилизируется. Функция защиты, которую раньше выполняли родители, переносится на судьбу, Бога.

В картину последствий психической травмы, по мнению автора, как правило, входит ориентация на получение пострадавшим пользы от своего положения (**«вторичная выгода»**), проявляющаяся в страхе остаться один на один со своим страданием, явной демонстрации своего страдания в целях

обретения понимания, сопереживания и человеческой поддержки со стороны окружающих.

Для целей нашего исследования особенно ценным в концепции Фенихеля представляется положение о способности психической травмы «запускать» дремлющие *конфликты между Я и супер-Я.* Активизация супер-Я ведет к возникновению у пострадавшего чувства вины за произошедшее, а в последующих психических проблемах «подозревать» собственное стремление к вторичной выгоде. Такой конфликт особенно часто можно наблюдать в боевой обстановке. Он проявляется в том, что каждый участник боевых действий знает, что кто-то может погибнуть, но каждый надеется, что повезет ему, а не другому. Военное супер-Я допускает реализацию «запрещенных» в мирное время желаний. Оно даже «подталкивает» Я к совершению неприемлемых поступков, пытаясь сломить его сопротивление.

Эвристическим в концепции Фенихеля является выход из высокой теории проблемы на технологию психологического вспомоществования. Он показывает, что по отношению к психотравмированным целесообразно применять две стратегии психологической помощи: 1) у тех, кто недавно пережил травму, Я напугано и проработка травматических событий еще нетерпима, ощущается необходимость в отдыхе и отстранении от травмирующих переживаний; 2) тем, кто удовлетворил эту потребность, показаны бурные разрядки, катарсис, вербализация и прояснение конфликтов, повторное переживание травмы.

Э. Эриксон, исследуя возвратившихся домой ветеранов Второй мировой войны, открыл феномен «кризиса идентичности», проявляющийся в утрате ими тождества личности и непрерывности времени, контроля над собой и, как следствие, их неспособности приспособиться к мирной жизни. Эриксон толкует идентичность как интеграцию всех предыдущих идентификаций и Я-образов. Формирование идентичности – это процесс преобразования всех прежних идентификаций в свете ожидаемого будущего.

Н.Г. Осухова указывает на то, что эриксоновское определение идентичности в основных чертах совпадает с характеристиками центрального компонента образа мира личности - «образа Я во времени своей жизни»[1].

Феномен кризиса идентичности ветеранов войны был объяснен Эриксоном как переход от четко определенных, согласованных, упорядоченных, понятных, предсказуемых отношений армейской жизни, от деятельности, имеющей определенные цели и ценности, от ясного понимания своих функций, места в системе социальных отношений, возможностей, статуса, ролей к неопределенным и расплывчатым условиям мирной жизни. Они в значительной мере отождествляли себя со своими социальными функциями, ориентировались на жесткую систему ценностей воинского коллектива, владели четко определенными способами активности. Эти ценности, функции и способы поведения утратили свою актуальность и перестали соответствовать требованиям изменившейся жизни. Все это не позволило им сформировать новую («мирную») идентичность взамен старой («военной»). Они либо утратили свою идентичность, либо впали в пролонгированное состояние «диффузной идентичности». Эриксон, выделяя своеобразные «группы риска», склонные к утрате идентичности, особо отмечает людей, оказавшихся перед необходимостью менять свои планы на будущее вследствие неожиданной инвалидности.

Главным условием преодоления кризиса идентичности Эриксон называл достаточный уровень развития рефлексивных способностей[1].

Современную трактовку психической травмы в рамках психодинамического подхода дает М.М. Решетников. Проводя сравнительный анализ физической и психической травм, он отмечает, что в отличие от физической травмы, которая всегда является внешней,

---

[1] Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. С.107.

[1] Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис: пер. с англ. М., 1996.

психическая травма может иметь интрапсихическую природу, то есть фактически психика наносит себе травму сама («продуцируя» определенные мысли, чувства, воспоминания, аффекты). Она невидима и объективируется для окружающих лишь по косвенным признакам (вербальным, мимическим, идеомоторным, поведенческим).

Решетников выделяет главный признак травмы – боль. Душевная боль может буквально разрывать тело человека на части, человек корчится и кричит от этой боли, наносит себе телесные повреждения, страдания, которые ничто по сравнению с болью психической. Иногда он готов даже убить себя, лишь бы избавиться от этой боли. Вслед за З.Фрейдом он подчеркивает, что травма не может существовать без памяти, без навязчивых повторений. Психотравмированные мучаются преимущественно от воспоминаний и патологических паттернов поведения, реализуемых бессознательно. Исходя из этого конкретизируется задача психологической помощи лицам, получившим травму: сделать бессознательное сознательным, а мучительное прошлое – тем, что может быть забыто[2].

Нам особенно интересна констатация М.М. Решетникова того, что в боевой обстановке в рамках интрапсихического *конфликта между морально-деформированным военным супер-Я и Я воина* первая инстанция, по существу, консолидируется с властными позывами Оно и Я остается в явном меньшинстве. Более того, часть функций Супер-Я в боевой обстановке перекладывается на командиров, отдающих приказы[1].

Дж. Калшед[2] подходит к анализу психической травмы с юнгианских позиций. Наиболее ценным положением его целостной концепции, релевантной задачам нашего исследования, является описание работы психологических защит личности человека, подвергшегося

---

[2] Решетников М.М. Психическая травма. СПб., 2006. С.103.
[1] Решетников М.М. Психическая травма. С.61-62.
[2] Калшед Дж. Внутренний мир травмы. М., 2001.С.84, 91.

психотравматизации. Автор считает, что психика трансформирует внешнюю травму в самотравмирующую силу с одновременной патологией психических защит и превращением системы защиты личности в систему ее саморазрушения. При этом имеет место следующая динамика трансформации защит: 1) слом (пробой) обычных защит под воздействием травмирующего события и переход на примитивный (архаический, архитипический), более мощный уровень; 2) «включение» второй линии защит, позволяющее исключить всякие переживания травмы путем отказа от ее переработки и избрания стратегии ухода (расщепление, трансовые состояния, *множественные идентичности (дефрагментация, появление противостоящих и противоборствующих Я*), оцепенение, аутизм; 3) травмированная психика продолжает травмировать себя измененным способом.

По мнению Калшеда, в работе с пострадавшими, «опустившимися» до второго уровня психических защит, когнитивные техники бесполезны, а показаны способы психической поддержки, принятия, понимания, слушания.

Энергетический подход в психодинамической традиции дополняется информационным, основной вклад в развитие которого внесли М. Горовиц и Лазарус. В рамках этого подхода делается попытка интегрировать внешние и внутренние, эмоциональные и когнитивные восприятия и переживания в структуру детерминант и феноменологию психической травмы. Причиной травмы и условием ее «живучести» является информационная перегрузка, порождаемая травматическим событием. Эта перегрузка вводит и держит человека в состоянии травматического стресса до тех пор, пока не будет соответствующим образом переработана. Непереработанная информация посредством защитных механизмов навязчиво воспроизводится в памяти и мыслях. Эмоции являются реакцией на когнитивный конфликт и одновременно мотивами защитного, контролирующего и совладающего поведения.

В русле информационного подхода считается, что успешность адаптации пострадавшего определяется оптимизацией соотношения между его фиксацией на травме и вытеснением ее из сознания. Стратегия психологической реабилитации пострадавших предполагает два этапа: 1) при преодолении непосредственных (острых) последствий травмы (особенно внезапной) рекомендуется избегание упоминаний о травме, вытеснение ее из сознания (инкапсуляция травмы) и 2) осознание всех аспектов травмы, превращение травмирующей ситуации в часть собственного бытия субъекта[1].

Психодинамической концепции психической травмы придерживаются ведущие российские разработчики этой проблемы (Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец, Е.С. Калмыкова, А.В. Макарчук, М.А. Падун, Е.Г. Удачина, З.Г. Химчян, Н.Е. Шаталова, А.И. Щепина). По их мнению, психическая травма есть результат нарушения в психической сфере, аналогичного физическому нарушению, под воздействием стрессора. Такое нарушение влечет за собой деформацию структуры самости, когнитивной модели мира, аффективной сферы, неврологических механизмов, управляющих процессами научения, памяти, эмоциональных путей научения[2].

Завершая анализ психодинамического подхода к пониманию психической травмы и ее влияния на личность пострадавшего, вслед за Н.В. Тарабриной отметим, что в психоаналитической традиции понятие травмы рассматривается: 1) как внешнее событие, субъективно воспринимаемое индивидом как травматическое; 2) как психопатологические последствия травматического события, возникающие либо немедленно, либо отсрочено; 3) как усиление подверженности человека травматизации вследствие пережитого травматического события; 4) как причина любой психопатологии и, следовательно, фокус психотерапевтического воздействия[1].

[1] Тарабрина и др. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2007. С.27.
[2] Там же. С.13.
[1] Тарабрина и др. Посттравматическое стрессовое расстройство. С.26-27.

Очевидные достоинства психодинамического подхода снижаются из-за толкования психической травмы как «поломки», «пробоя», «разрушения» психики. В результате личность рассматривается, по существу, как слепое орудие травматического обстоятельства. Явно недооценивается ресурсная роль поддержки социального окружения в травматической и посттравматической ситуации.

Нозологический подход (медицинский) к анализу психической травмы разрабатывается медицинскими специалистами. Ценность этого подхода, несмотря на ограниченные возможности его использования в нашем исследовании, состоит в том, что его сторонниками анализируется боевая психическая травма, в том числе психическая травма, связанная с боевыми соматическими повреждениями. С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник определяют боевую психическую травму как обусловленное воздействием оружия и боевых стресс-факторов патологическое состояние ЦНС, особенности патогенеза и феноменологии которого определяются специфичностью внешних этиологических причин и изменившихся под их воздействием внутренних условий[2].

Для обозначения совокупности психологических последствий раненых и контуженых С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник ввели понятие «боевое стрессовое расстройство», обозначающее острые и хронические психические нарушения, возникающие вследствие соматогенного и психогенного (нозогенного) влияния ранений и травм, усиленного воздействием других патогенных стресс-факторов боевой обстановки. При этом они особенно указывают на то, что боевое ранение – это одновременно и мощная психическая травма. Даже легкое ранение означает, что военнослужащий пережил непосредственную угрозу для жизни. Кроме этого, вторичными стрессорами являются боль, неминуемость оперативных вмешательств, переживание беспомощности, инвалидности. Ранения и

[2] Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. М., 2005. С.15.

травмы способствуют возникновению наиболее тяжелых форм реактивных состояний и аддиктивных расстройств в боевой обстановке[1].

Анализ работ, посвященных изучению ранений и травм, позволяет составить своеобразный «симптоматический репертуар» их психологических последствий, описываемый следующими терминами: тоска «со спячкой», бред, возбуждение, заторможенность, ограниченность компенсаторных ресурсов, самообвинения, тревога, астенизация.

О.Н.Рыбниковым, С.Н. Палецкой, Л.В. Смекалкиной был применен ассоциативный эксперимент, направленный на выявление смыслового ядра личности военнослужащих, получивших боевые ранения[2]. Результаты исследования позволяют по-новому взглянуть на проблему психологических последствий боевой травматизации. Так, симптоматика ПТСР отмечалась исследователями лишь у 37 % раненых и 23 % «ампутантов». Авторы установили, что «ампутантам» в меньшей степени, чем другим категориям раненых, присущи переживания, входящие в симптоматику ПТСР, что объясняется своеобразным «искуплением» вины потерянной конечностью. Одновременно у этой категории раненых отмечена более значительная деструкция смыслового ядра личности, что диктует необходимость проведения наряду с традиционными психотерапевтическими процедурами логотерапии (по Франклу).

Говоря о несовпадении «посттравматических» и «личностно-смысловых» последствий боевой травматизации, авторы указывают на то, что если одним их главных симптомов у страдающих ПТСР является нарушение сна, выражающееся в затруднении засыпания, преследующих кошмарах с яркими картинами пережитых психотравмирующих событий, то эти явления практически отсутствуют у раненых с ампутацией конечностей (по

---

[1] Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. С.219.

[2] Рыбников О.Н., Палецкая С.Н., Смекалкина Л.В. Психокоррекция раненых // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003. С.64-73.

истечении 2 – 3 месяцев после получения ранения), за исключением случаев, когда сну мешают фантомные боли. Как правило, содержание снов пострадавших имеет вполне мирный характер. «Ампутанты» снятся себе здоровыми, в сценах, которые разыгрываются во сне, обязательно присутствуют локомоторные акты, имеющие особую эмоциональную насыщенность.

Содержательный и временной анализ речевой продукции свидетельствует о серьезных изменениях смыслового ядра личности, наступающих у участников боевых действий, получивших ранения. Основным содержанием произошедших изменений можно считать утрату жизненных перспектив, разочарование, деструкцию смыслового ядра личности.

Личностный подход в понимании психической травмы наиболее ярко представлен в работах М.Ш. Магомед-Эминова[1]. Сверхзадачей этого подхода является выход за пределы, задаваемые оппозициями «соматогенное - психогенное», «природное - социальное», «болезнь – здоровье», выход в сферу феномена человека и его личности, попытка увидеть психическую травму не с точки зрения психопатологии, а в свете трансформации личности человека в связи с трансформацией способа его бытия и его времени в мире.

Психическая травма понимается М.Ш. Магомед-Эминовым не как непосредственная внесубъектная, безличная аффективная психическая реакция на травматическое событие, не как рана, «пролом» или слом психики, а как психическая структура, которая формируется и структурируется, преломляясь внутренними психическими условиями, в процессе психической «работы личности». По существу, психическая травма – это деятельность, структурированная интенсивно и экстенсивно, по горизонтали и вертикали, психическая деятельность человека – субъекта жизни, живущего своей жизнью, своими заботами и своей судьбой и терпящего бедствие, проживающего свою беду.

[1] Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. В 2-х т. Т.2: От психотравмы к психотрансформации. М., 2006.

При таком подходе в термине «травма» заключается значение *«изменение»* вместо *«повреждения»*. Психическая травма здесь раскрывается в «горизонте *трансформации личности* и работы личности», что вводит в психологический анализ проблемы «новое фундаментальное измерение – личностное измерение психической травмы, не ухватываемое ни аффективной, ни когнитивной моделями». Автор рассматриваемого подхода подчеркивает, что «психическая травма должна пониматься как личная и личностная трагедия, беда человека; до всякой когнитивной и аффективной или когнитивно-аффективной реакции личность человека уже «работает» в жизненной ситуации как целостность присутствия. В этом отношении психическая травма может быть и изменением функционирования личности, и способом существования личности в данной человеческой ситуации в мире, проявляет и иную свою сторону – здоровье, просветление, человечность, развитие, рост[1].

Широкую трактовку термина «работа личности» М.Ш. Магомед-Эминов уточняет как самоидентичность человека. Он считает, что «психическая травма есть *психическая организация самоидентичности* человека, а не слом или повреждение его психического аппарата либо какой-то отдельной части»[2].

По мнению автора подхода, вопрос о психической травме встает по-разному: 1) как непосредственное психическое потрясение или 2) как психическая проработка инцидента (идеогенно или рефлексивно) во внеинцидентальной ситуации. Таким образом, травма не только имманентна инциденту, но и трансцендентна ему: в работе личности, направленной на событие, конституируется жизненный опыт, наполняющий разные темпоральные модусы (прошедшее, настоящее и будущее). И от того, в какой степени личность связывает в своей жизни во временное единство

---

[1]Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. С.16,167,203.
[2] Там же. С.16.

происходившее, происходящее и наступающее, зависит, насколько человек как субъект выдерживает «травматические удары» судьбы.

Данным положением, по существу, обосновывается временная протяженность личности, ее одновременное существование в разновременных мирах или последовательное перемещение по ним.

Важным в личностном подходе к пониманию психической травмы является ее смысловая концепция, раскрывающая не собственно травму, а ситуацию человеческой трагедии, из которой каждый выходит по-своему. В точке разделения (расхождения) смыслов личность «зримо и ярко предстает в «жизнепадении» и «жизнеутверждении». При таком подходе к личности пострадавшего появляется тема «уцелевшего» - человека, который оказался на грани и границе между бытием и небытием, жизнью и смертью, человеческим и нечеловеческим.

Особенно ценным в анализируемом подходе является культурно-исторический ракурс рассмотрения психической травмы, при котором она видится особой формой культурной аномалии. То есть, по существу, психотравма проявляется в той форме, в которой она признается обществом за травму. Следовательно, характер травматических переживаний во многом задается обществом, находящимся на определенном этапе развития, имеющим культуральные и этнические особенности.

Весь пафос личностного подхода указывает на то, что без выяснения временных параметров травматического события нельзя до конца понять сущность психической травмы и, следовательно, трансформаций Я-концепции инвалидов боевых действий. В плане временной последовательности инцидент (травматическое событие) задает *три модуса существования* (три жизненных горизонта или три мира): 1) инцидентальный мир (мир чрезвычайности, экстремальности, катаклизма, катастрофы), 2) предынцидентальный мир и 3) постинцидентальный мир[1]. Этим жизненным

---

[1] Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. С.117-118.

мирам соответствуют *три вида травмы*: предынцидентальная травма, инцидентальная травма, постинцидентальная травма, а также *три группы факторов травматизации*: 1) предынцидентальные, 2) инцидентальные, 3) постинцидентальные. Первичная травма имеет место в инцидентальном мире, а вторичная – в постинцидентальном.

Магомед-Эминов утверждает, что в транзитной ситуации человек находится в зоне бифуркации (разветвления жизни и ее смыслов) в прошлое и будущее и в зависимости от экзистенциональной позиции он может выбрать одну из трех жизненных ориентаций (направлений осуществления работы личности): жизневосстановление (адаптация), жизнепадение (травма) или жизневозвышение (рост). Движение по жизненным мирам в избранном направлении трансформирует субъекта в «Я-бывший», «Я-будущий» или «Я-настоящий» (транзитный)[2].

Бытие личности «не умещается» в актуальном присутствии, оно вбирает в себя бывшее и грядущее, расширяясь и распространяясь вдаль – вперед и назад». Уцелевший может «застрять» в транзитности между «жизнью в катастрофической ситуации» и «жизнью как возвращением к жизни», обнаружить смысл своего бытия в страдании, а может, преодолев транзитное существование, перейти к продолжению жизни, в котором раскрываются новые горизонты бытия (трансгрессия)[5].

Уцелевший, прибывший из зоны деструкции, должен жить в мирном мире, однако ему мешает наличие двух неинтегрированных (но требующих единения) образов двух взаимоотрицающих, взаимонесовместимых миров (инцидентального и постинцидентального**)**. Эта ситуация не позволяет решать важнейшие жизненные задачи (констатация выживания как успеха, достижения, обретения; завершение произошедшего, вовлечение в настоящее, подготовка предстоящего; интеграция воедино временных модусов; выбор позиции жизневосстановления, жизневосхождения и

[2] Там же. С.211.
[5] Там же. С. 203, 205, 206, 271

предотвращения жизнепадения; трансформация экстремальной самоидентичности в самоидентичность, адекватную способу своего существования. Нерешение этих задач чревато аномальной (экстремальной) трансформацией психической деятельности человека. В этом случае экстремальный модус психической работы уцелевшего продолжает иметь место в повседневном жизненном мире, что приводит к фрагментации личности и ее присутствия в мире, редукции мотивации выживания, сомнению в позитивном исходе инцидента, компульсивным повторениям прошлого, формированию идентичности жертвы, фрагментации картины мира, мировоззрения, смысловых структур, темпоральности, умножению смыслов и возникновению смыслового конфликта. Уцелевший не движется по своей жизни, а остается в тени и власти прошлого, вновь и вновь переживая и проживая произошедшее[1].

Эвристическими и весьма полезными являются положения о локусе контроля (Дж. Б. Роттер, 1996). Они хорошо корреспондируются с положением о зависимости посттравматического развития личности от собственной активности пострадавшего во время травматического события и непосредственно перед ним и о наличии психологической поддержки со стороны социального окружения в эти периоды.

Следует сказать, что интерналы в меньшей степени зависят от социальной помощи и проявляют собственную активность в сложных ситуациях. Следовательно, характер трансформаций Я- концепции должен отличаться у экстерналов и интерналов. Это положение доказывается Е.О. Лазебной и М.Е. Зеленовой. Проведенный ими анализ особенностей локализации субъективного контроля у участников боевых действий показал, что ветераны с различной динамикой адаптационного процесса как в группе адаптированных, так и в группе дезадаптированных значимо различались между собой по шкалам УСК (прежде всего по шкалам «интернальность в

[1] Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология. С.216,217. 227.

области производственных и межличностных отношений» и «интернальность в области неудач»). В частности, изначально хорошо адаптированные, но за период между обследованиями снизившие свой адаптационный статус ветераны оказались более склонными принимать на себя ответственность за жизненные неудачи, чем изначально дезадаптированные, но значимо улучшившие свое состояние. В подгруппе дезадаптированных ветеранов с выраженной тенденцией к дальнейшему ухудшению посттравматического состояния уровень интернальности практически по всем шкалам УСК (и особенно по шкале «интернальность в области неудач») оказался самым высоким по выборке в целом[1].

Социально-психологический подход к пониманию психологических последствий трудных ситуаций наиболее четко обозначен в исследованиях А.Г. Караяни [2], В.И. Кутьинова [3] и П.П. Иванова[6]. Методологической основой данных исследований является концепция целевого психологического ресурса А.Г. Караяни, включающего наличные психологические возможности человека и потенциально-доступные социально-психологические и психоэргономические, условия, необходимые для достижения конкретной жизненной цели или преодоления жизненных проблем. В рамках этого методологического подхода психическая травма рассматривается ими с позиций теории отношений В.М. Мясищева и трактуется как нарушение системы личностных отношений (отношений к себе, окружающим, вещам, ценностям, деятельности) в результате

[1] Лазебная Е.О, Зеленова М.Е. Субъектно-личностные факторы и преодоление последствий травматического стресса // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3 Всероссийского съезда психологов, 25-28 июня 2003 года: В 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2003. Т. 5. С. 13-15.

[2] Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

[3] Кутьинов В.И. Социальные стереотипы об инвалидах как фактор регуляции системы отношений их отношений: Дис. …канд. психол. наук. М., 2004.

[6] Иванов П.П. Социально-психологическая реадаптация инвалидов боевых действий: Дис. … канд. психол. наук. М., 2004.

воздействия психотрамирующего события. Анализируя изменение инвалидов боевых действий к себе, эти авторы показывают, что механизмами подобных трансформаций выступают конфликты между различными образами Я (Я-реальным, Я-идеальным, Я-зркальным, Я-телесным).

Из данной научной позиции следует вывод о том, что нарушенную систему отношений личности «в себе» можно восстановить за счет гармонизации системы отношений «вовне» и присвоении (интериоризации) инвалидом этой новой системы отношений. Другими словами, нарушенную систему отношений личности необходимо гармонизировать путем создания вокруг нее поддерживающей, реадаптирующей и реабилитирующей социальной среды.

Анализ сложившихся подходов к пониманию психической травмы позволяет сформулировать ее определение.

Психическая травма – прорыв гипотетического защитного слоя психики, разрушение адаптационного потенциала личности, сопровождающееся ее дезорганизацией и дезинтеграцией, утратой идентичности, деформацией картины мира, аффективной сферы и неврологических механизмов управления памятью и научением[7].

Закономерно возникает вопрос: почему одно и то же событие у одних участников трудной ситуации вызывает психотравму, а у других – нет? Ответ на него волнует психологов давно. Наиболее четкий ответ на него, по нашему мнению, дает этиологическая мультифакторная концепция стресса А. Мэркера. Ее автор выделяет *три группы факторов*, сочетание которых приводит к психотравматизации:

1.Свойства травмирующих факторов: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность.

---

[7] Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

2. Отсутствие защитных факторов: способность к осмыслению происходящего; сформированные механизмы совладания; социальная поддержка.

3. Наличие факторов риска: возраст; отрицательный прошлый опыт, наличие психических расстройств в анамнезе; низкий социоэкономический опыт.

Практика показывает, что отсутствие хотя бы одного из перечисленных факторов многократно снижает возможность психотравмирования человека.

С учетом данного обстоятельства считается, что человек пережил травматическое событие, если выполняются одновременно *два условия*:

1. Человек пережил или наблюдал одно или более событий, в которых с ним или с другими людьми произошло следующее: возникла угроза смерти, потенциальная или реальная; смерть другого человека; серьезное ранение или угроза получения инвалидности.

2. Человек реагировал на это интенсивным страхом и чувством беспомощности.

Связанные с психической травмой функциональные нарушения включают различные состояния дезинтеграции психической деятельности предпатологического, патологического, в том числе и нозологического (уровня болезни), спектра.

Ю.А. Александровский выделяет две группы возможных реакций и состояний людей при жизнеопасных ситуациях: а) с непсихотической симптоматикой - непатологические (физиологические) реакции, психогенные патологические реакции, психогенные невротические состояния; б) с психотическими расстройствами (острые и затяжные реактивные психозы). По существу, здесь перечислены возможные уровни патологизации психики.

К непатологическим (физиологическим) невротическим явлениям относятся реакции на боевой стресс (адаптационные реакции). Они проявляются в повышенной эмоциональной напряженности и психомоторных изменениях, вызванных страхом (множество

нецелесообразных движений; беспорядочное, бесцельное метание; ступорозное обездвижение; отрывистая, несвязная речь). К названным симптомам прибавляются такие вегетативные реакции, как учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника; тошнота, головокружение, ознобоподобный тремор; изменение пигментации кожных покровов; ощущение нехватки воздуха, чувство удушья; ощущение сильной физической слабости, жара или холода и др.

Психогенные патологические реакции проявляются в симптомах астенического, депрессивного, истерического и других синдромов. Основным показателем того, что наблюдаемая симптоматика отражает непсихотический уровень травматизации человека, является сохранение им в достаточной степени критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

Расстройства психотического уровня в зонах чрезвычайных ситуациях крайне редки. Они характеризуются тем, что у пострадавших отмечаются выраженные нарушения психической деятельности, лишающие их возможности правильно (неискаженно) отражать происходящее, и имеет место полная утрата работоспособности[1].

2.4. Психологический кризис как содержание психотравмы

Психическая травма связана с **психологическим кризисом** – резким переломом, критическим моментом, переходным состоянием в функционировании личности.

Вслед за Э. Эриксоном психологи выделяют нормативные (закономерные) и ненормативные кризисы.

Нормативные кризисы – возрастные кризисы развития, связанные с прохождением личности через определенные этапы жизненного пути.

---

[1] Александровский Ю.А. Психология пограничных расстройств. М.: Медицина, 1991.

Ненормативные кризисы являются следствием резких изменений внешних условий личности. Нормативный кризис (кризис адаптации к жизни) – нарушение относительно устойчивого динамического равновесия внешних и внутренних условий бытия человека при резких изменениях внешних условий жизни, которое создает угрозу существованию человека и удовлетворению его основных жизненных потребностей и ведет к «разрывам» в логике его жизни[1].

Нормативный кризис характеризуется следующими чертами:

- вызывается резким нарушением жизненной ситуации человека, которое делает продолжение жизни на прежних основаниях невозможным («разрыв логики жизни»);

- прежний образ мира (миф о себе и мире) перестает соответствовать реальности, а ранее выработанные и привычные способы адаптации утрачивают свою эффективность;

- имеет место утрата (или угроза утраты) значимой для человека (группы лиц) ценности;

- возникает субъективное ощущение «невозможности жить»;

- сопровождается тревогой, напряжением, отчуждением от себя, других, мира в целом;

- появлением необходимости изменения себя в мире и мира в себе, выстраивания нового образа мира и «другой жизни»[2].

У жертв экстремальных ситуаций после катастрофы отмечают четыре стадии психологических переживаний.

Первая стадия - героизм (альтруизм, героическое поведение, желание помочь другим людям и выжить самому).

Вторая стадия - «медовый месяц» (чувство гордости за то, что выжил и преодолел все опасности).

---

[1] Осухова Н.Г.Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. С.104-105.

[2] Там же. С.105-106.

Третья стадия - разочарование (гнев, разочарование: «мне казалось в моей жизни все должно измениться, а все осталось по-прежнему, о моем подвиге все забыли, только я помню о нем», крушение надежд).

Четвертая стадия — восстановление (осознание, что необходимо налаживать быт, возвращаться к своим обязанностям).

Таким образом, трудные жизненные ситуации отличаются большим разнообразием объективных и субъективных проявлений. Каждая ситуация имеет свою специфику протекания и психических последствий для разных субъектов ситуации и переживается человеком индивидуально. Во многом степень переживания зависит от личности самого человека, его внутренних ресурсов, копинг-механизмов.

Литература

1. Александровский Ю.А. Психология пограничных расстройств. - М.: Медицина, 1991.
2. Военная психология /Под ред. А.Г. Маклакова. - СПб.: Питер, 2004.
3. Волобуева Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: Автореф. дис. …канд. психол. наук.- М., 2009.
4. Калшед Дж. Внутренний мир травмы. - М., 2001
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. - М., 2005.
6. Магомед-Эминов М.Ш. Экстремальная психология: В 2 т. Т.2. От психотравмы к психотрансформации. - М., 2006.
7. Осухова Н.Г. Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях.- М.: Академия, 2007.
8. Решетников М.М. Психическая травма. - СПб., 2006.
9. Тарабрина и др. Посттравматическое стрессовое расстройство. - М., 2007.

10. Фенихель О. Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. А.Б. Хавина. - М.: Академический проект, 2004.
11. Фрейд З. Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. - СПб.: Алетейя, 2002.

Глава 3

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО И ЕГО ДИАГНОСТИКА

3.1. Сущность, симптоматика и теоретические модели посттравматического стрессового расстройства

Психологический кризис как форма переживаний человеком последствий трудной ситуации может дополняться посттравматическим стрессовым расстройством.

То, что переживание трудной ситуации часто не завершается с окончанием психотравмирующих событий, было замечено давно. Еще во время Второй мировой войны В.А.Гиляровским был описан «синдром нервной демобилизации», возникающий у солдат после возвращения с фронта. Данный синдром характеризуется проявлением остаточных явлений переутомления на фоне резкого снижения уровня волевой мобилизации. На основании исследований послевоенной адаптации ветеранов Великой Отечественной войны отечественными учеными был сделан вывод о возможности длительного сохранения последствий психотравмирующего воздействия войны (В.А. Гиляровский (1946), И.Н. Введенский (1948), Е.К. Краснушкин (1948), Е.М. Холодовская (1948) и др.).

Р.Гринкер и Д.Шпигель одними из первых стали рассматривать отсроченные психические состояния ветеранов как реакции на боевой стресс. Позже было установлено, что психологические изменения у ветеранов войны могут наблюдаться в виде *отдельных разрозненных симптомов*, в виде более или менее *взаимосвязанных проявлений* и в *виде синдрома* – посттравматического стрессового расстройства.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – отсроченная по времени психопатологическая комплексная реакция на психотравматическое событие, оформившаяся в целостный синдром.

В последнее время ПТСР описан как синдром и отдельная психодиагностическая категория в ряде авторитетных классификаторов болезней, что дает основания для рассмотрения его в качестве целостного, комплексного образования.

Впервые официально вопрос о необходимости выделения целостного синдрома, называемого «посттравматическое стрессовое расстройство», был поставлен в США в 1980 г. Именно тогда в публикацию третьего издания американского классификационного стандарта, подготовленного Американской психиатрической ассоциацией, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), был внесен раздел, содержащий описание критериев для диагностики нарушений и расстройств, вызванных психотравмирующими обстоятельствами, выходящими за рамки обычного человеческого общества. Этот раздел уточнен и сохранен в новой редакции стандарта DSM-IV (код F43.1) в 1994 г. В этом же году аналогичный раздел появился и в Международном классификаторе болезней МКБ –10 (код. 309.81). Несмотря на то, что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, диагностика и психотерапия относятся к компетенции клинического психолога.

Принятие решений об официальной фиксации данного синдрома в международных и национальных классификаторах заболеваний обусловлено широким распространением ПТСР. Оно возникает примерно у одного из пяти человек, переживших психотравматическое событие. В целом ряде исследований констатируется, что посттравматические стрессовые расстройства составляют от 10 до 50% всех медицинских последствий боевых событий. Ими по сей день страдают 29-45% ветеранов Второй

мировой войны, 25-30% американских ветеранов вьетнамской войны[8]. 18,6% участников боевых действий в Афганистане испытывают на себе действие этого синдрома[9].

По прогнозам специалистов, посттравматические проявления сохранятся в течение продолжительного времени у 25% участников боевых действий в Чеченской Республике. По данным исследования американских ветеранов войны во Вьетнаме, проведенного в 1988 г., у 15,2% из них наблюдались выраженные ПТСР, а еще у 11,1% отмечались отдельные симптомы таких расстройств. Среди этих лиц в 5 раз возрастал риск остаться безработными, около 70% из них хотя бы один раз развелись с супругами, у 35% отмечены родительские проблемы, у 47,3% - крайние формы изоляции от людей, у 40% - выраженная враждебность к окружающим. 36,8% представителей этой социальной группы совершают более 6 актов насилия в год, 50% были арестованы и посажены в тюрьму (в том числе 34,2% - более одного раза) [1].

К началу 1990-х гг. около 100 000 ветеранов войны во Вьетнаме покончили жизнь самоубийством. 40 000 ведут замкнутый, почти аутичный образ жизни. Среди раненых и инвалидов войны процент лиц с ПТСР превышает 42%, тогда как среди физически здоровых ветеранов войны их 10-20%. 56% людей, переживших тяжелые боевые события, умирали и были больны в возрасте до 65 лет[2].

Менее драматичная, но весьма схожая картина наблюдается в социальном функционировании ветеранов военных конфликтов в нашей стране.

---

[8] Снедков Е.В. Боевая психическая травма: Автореф. дис. … д-ра мед. наук. СПб., 1997. С.3-6.

[9] Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Мн., 2001.С.7

[1] Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. №5.

[2] Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001.С.21.

В последнее время все чаще термин «посттравматическое стрессовое расстройство» применяется для определения психологических последствий насилия, утраты и отсроченных форм переживания других трудных ситуаций.

Важнейшими клиническими симптомами ПТСР, согласно DSM-IV, являются:

I. Настойчивое повторение травматического события в переживании одним (или более) из следующих способов:

1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания*.

2.Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

3. Тяжелые действия или ощущения, как будто травматическое событие переживается вновь (ощущения «оживления» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды – «флэшбэк-эффекты», включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

II. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing-блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется наличием трех (или более) из перечисленных ниже особенностей, а именно:

1.Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

---

* Ряд специалистов объединяют этот симптомокомплекс термином «интрузия» (внедрение).

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

4. Заметно сниженный интерес или неучастие в ранее значимых видах деятельности.

5.Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

III. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию, по крайней мере, двух из нижеперечисленных симптомов, а именно:

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).

2. Раздражительность или вспышки гнева.

3. Затруднения с сосредоточением внимания.

4. Повышенный уровень встревоженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.

5. Гипертрофированная реакция испуга.

Обязательным условием для диагностики ПТСР является установление *длительности протекания расстройства*. ПТСР диагностируется лишь в том случае, когда продолжительность проявления описанных выше симптомов составляет не менее 1 месяца.

Одним из важных условий для вынесения диагноза является то обстоятельство, что расстройство вызывает клинически значимое тяжелое

эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности[1].

Сегодня имеются различные подходы к выделению типов ПТСР. А.Л. Пушкарев, В.А. Доморацикий, Е.Г. Гордеева дают следующую классификацию ПТСР: *острое* – симптомы сохраняются менее 3 месяцев; *хроническое* – симптомы сохраняются 3 и более месяцев; *отсроченное* – симптомы возникают, по меньшей мере, через 6 месяцев после психотравматизации. В отдельных случаях ПТСР протекают в течение многих лет и переходят в хроническое изменение личности[1].

В.В. Нечипоренко, С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, Ю.К. Маликов, В.Е. Саламатов выделяют виды ПТСР: *острые* – симптомы возникают в пределах 6 месяцев после травмы и сохраняются не боле 6 месяцев; *хронические* – симптомы проявляются после 6 месяцев и продолжаются более 6 месяцев; *отсроченные* – проявляются после скрытого периода (месяцы, годы) и продолжаются более 6 месяцев[2].

Кроме этого, некоторые авторы выделяют так называемые вторичные признаки ПТСР. К ним относят: алкогольную, медикаментозную или наркотическую зависимость; склонность к суицидальным мыслям и попыткам; депрессию; заболевания сердечно-сосудистой системы; боли различной этиологии, сексуальные дисфункции, девиантное поведение и др.

Зная природу боевой психической травмы и посттравматического стрессового расстройства, командир должен предпринимать эффективные меры по их профилактике: своевременно выявлять (с помощью психологов и военно-медицинских работников) лиц, предрасположенных к психическим расстройствам, организовывать эффективную психологическую поддержку в

---

[1] Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. С.50-52.

[1] Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Минск, 2001.

[2] Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.

бою, заботиться о приемлемом режиме боевой деятельности воинов (сроки пребывания на передовой, качественный сон и отдых, питание, поддержание связи с родными и близкими).

3.2. Методы диагностики посттравматических стрессовых расстройств у ветеранов боевых действий

Начальным моментом оказания психологической помощи ветеранам войны является диагностика вида и уровня психологических последствий их участия в войне. На сегодняшний день разработано большое число диагностических методик, с помощью которых можно выявлять и оценивать ПТСР[1]. Среди них наиболее известными являются: структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) и шкала для клинической диагностики ПТСР; шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС); миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант); миннесотский многофакторный личностный опросник; опросник травматического стресса И.О. Котенёва; шкала оценки интенсивности боевого опыта; краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР (Б. Харт). Дадим краткую характеристику этих методик.

Развернутое клиническое интервью *(Р.Скерфилд и А.Бланк) включает следующие разделы:*

1. Обстоятельства жизни до армии.
2. Обстоятельства призыва в армию.
3. Военная подготовка до службы в зоне боевых действий (ЗБД).

---

[1] Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2001; Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001; Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. М., 2000; Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

4. Служба в зоне боевых действий: а) получение известия о направлении в ЗБД; б) убытие из страны; в) прибытие в ЗБД; г) военная специальность и служебно-боевые задачи, выполнявшиеся в ЗБД; основные места службы в ЗБД и их хронология; е) изменения в звании и должности; ж) отношение с начальниками; з) боевые действия; и) особенности службы тех, кто не участвовал в боевых действиях; к) участие в главных операциях; л) служба вне боевых действий; м) отношение с местным населением; н) изменения в отношении к службе и поведении в армии; о) отношение к имеющим место уникальным особенностям войны; п) стрессы и конфликты на национальной почве; р) специфические психотравмирующие события; с) положительные переживания, связанные со службой в ЗБД; т) употребление алкоголя и наркотиков; возможность отдыха и восстановления сил; ф) командировки домой; х) моральные ценности войны; ц) особенности службы в период, близкий к возвращению на родину; ч) подготовка к возвращению; ш) возвращение на родину.

5. Обстоятельства увольнения в запас, награды, льготы, знаки отличия и т.д.

6. Особенности послевоенной адаптации.

Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций, обусловленных участием в боевых действиях (Mississippi Scale fjr Combat-Related PTSD). используется для определения у ветеранов степени выраженности ПТС реакций, объединенных в 6 групп (навязчивые воспоминания и депрессия, трудности общения, аффективная лабильность, проблемы памяти, нарушение сна и различные личностные проблемы), а также степени воздействия боевого стресса.

Шкала оценки степени воздействия травматического события (Impakt of Event Scale) (ШОВТС) для оценки двух видов реакций ветерана на травматический стресс (периодические повторные переживания того, что произошло, или избегание, уход от воспоминаний как о самом психотравмирующем событии, так и обо всем, что может о нем напомнить).

Результаты, полученные с помощью шкалы, позволяют также судить о фазе развития посттравматического процесса согласно концепции М.Горовица.

Опросник травматического стресса И.О. Котенёва (ОТС) предназначен для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений на основе критериев, содержащихся в DSM-4. При составлении текста опросника были использованы отдельные пункты методик СМИЛ (MMPI в адаптации Л.Н.Собчик), ШРЛТ (шкала тревожности Ч.Спилбергера в адаптации Ю.Л.Ханина) и шкалы диссоциации DIS-Q (J.Vanderlinden, 1993). Большинство же пунктов опросника имеет оригинальную авторскую формулировку и основывается на результатах многолетних исследований последствий психической травматизации у сотрудников ОВД.

Опросник состоит из инструкции, 110 пунктов-утверждений и бланка для ответов. Применяется 5-балльная шкала Лайкерта, позволяющая испытуемому ранжировать каждое из утверждений (от «абсолютно верно» до «абсолютно неверно») в зависимости от его соответствия собственному состоянию. 56 пунктов являются «ключевыми» для оценки выраженности симптомов постстрессовых нарушений, 9 пунктов составляют 3 оценочные шкалы – «лжи», «аггравации» и «диссимуляции», позволяющие контролировать степень искренности испытуемого, его склонность подчеркивать тяжесть своего состояния или отрицать наличие психологических проблем. Кроме того, в опросник включены резервные и так называемые маскирующие утверждения, препятствующие непроизвольному пониманию испытуемым основной направленности теста. Помимо «прямых» утверждений, согласие с которыми испытуемого расценивается как наличие у него того или иного искомого признака (симптома), чтобы сбалансировать «тенденцию согласия», в опроснике имеются «обратные» пункты, отрицательные ответы на которые являются значимыми.

В настоящее время разработан автоматизированный вариант ОТС. В программе реализован удобный интерфейс как для испытуемого, так и для

специалиста-пользователя, предусмотрена табличная (в «сырых» и Т-баллах) и графическая форма вывода результатов в виде «профиля посттравматической стрессовой реакции».

Кроме перечисленных выше опросников для изучения ПТС применяются методики, разработанные в интересах диагностики отдельных психических феноменов, составляющих общую картину синдрома:

- тест психиатрической оценки Эндикотта и Шпицера;
- опросник Гилера;
- шкала SSS;
- опросник Вильсона и Крауса;
- опросник личностной и ситуационной тревожности Спилбергера - Ханина;
- опросник депрессивности Бека;
- опросник выраженности психопатологической симптоматики (шкала Дерогатиса);
- методика структурированного опроса участников психотравмирующих событий С.В. Долгополова;
- опросник жизненных событий Н.Г. Хохловой;
- Методика оценки уровня психологического дистресса в экстремальных условиях служебной деятельности И.О. Котенёва.

В последнее время для диагностики ПТСР все чаще стали применяться приборы, измеряющие физиологические корреляты этого феномена и морфологические изменения различных структур головного мозга.

Перечисленные и другие методики диагностики ПТСР сегодня хорошо представлены в литературе[1], поэтому нет необходимости давать здесь их полное описание.

---

[1]Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2001; Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001; Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром: причины,

Таким образом, посттравматическое стрессовое расстройство наряду или в сочетании с психологическим кризисом является одной из форм отсроченного переживания трудных ситуаций. Оно отмечается примерно у одного из пяти лиц, подвергшихся воздействию психотравмирующих факторов. ПТСР характеризуется наличием трех взаимосвязанных сиптомокомплексов: интрузии, избегания и гиперреактивности. Диагностика ПТСР осуществляется преимущественно с помощью различного рода опросников и структурированной беседы (интервью).

Литература:

1. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2006.

2. Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. - Минск, 2001.

3. Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. - М., 2000.

4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. - М., 2001.

условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. М., 2000; Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

Глава 4
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

4.1. Психологическая помощь при ПТСР

В основе системы оказания помощи лежат представления, что основными психопатологическими последствиями воздействия кризисных ситуаций (в соответствии с МКБ-10) являются острая реакция на стресс (Р43.0); посттравматическое стрессовое расстройство (Р43.1), расстройства приспособительных реакций (Р43.20 - Р43.28, Р43.8), диссоциативные (Р44.0-Р44.5) и соматоформные (Р45) расстройства, стойкое изменение личности после переживания катастрофы (Р62) и другие состояния (Р51.4, Р51.5).

В настоящее время не существует устоявшейся точки зрения на результаты лечения ПТСР. Одни исследователи считают, что ПТСР - излечимое расстройство, другие, - что его симптомы полностью не устранимы. Разные подходы к прогнозу успешности ПТСР связаны с тем, что оно обычно вызывает нарушения в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности, которые трудно поддаются коррекции. Очевидно одно: лечение ПТСР - процесс длительный, может продолжаться несколько лет.

Известно, что существуют две основные формы психологической помощи: 1) индивидуальная и 2) групповая психотерапии.

В *индивидуальной психотерапии* в качестве основного инструмента лечебного воздействия выступает психолог (психотерапевт), а психотерапевтический процесс протекает в диаде психотерапевт - клиент.

Б.Д. Карвасарский выделяет следующие **виды индивидуальной психологической помощи**[10]**:**

[10] Психотерапия /под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007. С.307-310.

1.Индивидуальная, проводимая одним психологом (психотерапевтом), и биполярная, оказываемая двумя или несколькими котерапевтами.

2. Комплексная помощь, представляющая сочетание индивидуальной терапии с другими формами психотерапии (фармако-, физио- или социотерапия).

3. Комбинированная помощь, совмещающая индивидуальную и групповую (или семейную) психотерапии, проводимые одним психотерапевтом.

4. Помощь**,** во время которой пациент проходит индивидуальную психотерапию у одного психотерапевта и одновременно участвует в семейной или групповой психотерапии у других психотерапевтов.

В психологической литературе обсуждаются **факторы** индивидуальной психологической помощи. К основным из них относятся:

1) хорошие отношения и сотрудничество между участниками процесса;

2) ослабление напряжения, основанное на способности пациента обсуждать проблему с лицом, от которого он надеется получить помощь;

3) познавательное обучение за счет информации, получаемой от психотерапевта;

4) оперантная модификация поведения военнослужащего за счет одобрения или осуждения со стороны психотерапевта и повторяющегося коррективного эмоционального опыта в отношениях с психотерапевтом;

5) приобретение социальных навыков на примере психотерапевта;

6) убеждение и внушение - явное или скрытое;

7) применение или репетирование более адаптивных методик при условии эмоциональной поддержки со стороны психотерапевта.

Основными психологическими **механизмами,** производящими личностные трансформации, выступают: конфронтация, корригирующий эмоциональный опыт, научение и плацебо-эффект.

Механизм конфронтации состоит в осмыслении человеком своего столкновения с собственным «зеркальным Я», то есть со знанием того, как

его оценивают в конкретной ситуации окружающие. Это столкновение становится возможным благодаря обратной связи. *Обратная связь* - безоценочные вербальные и невербальные реакции и образцы эффективного поведения других раненых, инвалидов, ветеранов войны, участников групповой психологической работы, демонстрируемые в ответ на активность конкретного военнослужащего. В результате получения и осмысления обратной связи человек осознает, что те или иные схемы его действий в жизненных ситуациях неэффективны, ущербны, а его Я-концепция страдает неточностями. Это осознание выступает в качестве мотивирующего образования, побуждающего человека к изменениям моделей своего поведения.

Механизм корригирующего эмоционального опыта состоит в переживании военнослужащим своего прошлого, текущего или потенциального опыта, в принятии его или отвержении в условиях действенной эмоциональной поддержки психолога (психотерапевта, группы). Пережитая трагедия в условиях выраженного сопереживания снимает накал ее травмирующего воздействия, силу регулирующего влияния на поведение и чувства человека.

Механизм научения проявляется в совокупности процессов, ведущих к формированию привычек и стереотипов поведения человека в типичных ситуациях. Такое научение происходит несколькими способами: методом «проб и ошибок» в процессе многократных попыток эффективно разрешить ту или иную ситуацию; путем наблюдения и присвоения эффективных моделей поведения других участников групповой психологической работы; методом инсайта и др.

Под *плацебо-эффектом* принято понимать изменение в физиологическом или психологическом состоянии человека, вызываемое приемом плацебо – безвредного препарата, назначаемого под видом лекарственного средства. В процессе психологической работы с участниками боевых действий могут спонтанно возникать или специально создаваться

психологом плацебо-эффекты, вызывающие у военнослужащих чувство происшедших с ними позитивных изменений, личностного роста. Средствами создания таких эффектов являются привнесение в процесс занятий некой сакральности, использование метафор в качестве моделей событий, регулярным подведением итогов тренинговых занятий с фиксацией ощущений участников о происшедших в них изменениях и др.[11]

Индивидуальная психотерапия представляет собой сложный процесс, в котором, помимо собственно психотерапевтической техники и условий ее реализации, взаимодействуют различные социокультурные факторы, профессиональные качества и личностные особенности как пациента, так и психотерапевта. При индивидуальной психотерапии особенно важна роль психотерапевта. Согласно исследованиям Бютлера и др., характеристики психотерапевта, влияющие на процесс психотерапии, могут разделяться на *объективные* (возраст, пол, этнические особенности, профессиональная основа, терапевтический стиль, психотерапевтические техники) и *субъективные* (личностные и копинговые особенности, эмоциональное состояние, ценности, отношения, убеждения, культурные взаимоотношения, терапевтические взаимоотношения, характер социального влияния, ожидания, философская терапевтическая ориентация).

По срокам проведения индивидуальная психотерапия может условно делиться на **краткосрочную** (до 20, реже до 40 сут.) и **долговременную**[1]. Граница обычно определяется числом психотерапевтических занятий.

Общей тенденцией почти всех терапевтических направлений является стремление к краткосрочности, базирующееся на повышении интенсивности, интегративности психотерапии.

---

[11] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007; Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

[1] Психотерапия / под ред. Б.Д. Карвасарского. С.307-310.

Краткосрочность служит одним из принципов, страхующих пациентов от развития «психотерапевтического дефекта», «бегства в психотерапию» и перекладывания ответственности за свою жизнь на психотерапевта.

Долговременные формы индивидуальной психотерапии характерны для психодинамической (психоаналитической) психотерапии, которая может продолжаться до 7-10 и более лет при средней частоте психотерапевтических занятий 2-3 раза в неделю.

Частые встречи с пациентом позволяют психотерапевту проникнуть в его внутреннюю жизнь, ведут к более полному развитию переноса, а также поддерживают больного на протяжении всего периода лечения. В ходе долговременной психотерапии расширяется самопознание пациента, выявляются и разрешаются внутриличностные бессознательные конфликты, формируется понимание механизмов психической деятельности, что позволяет завершать процесс лечения.

Критерии окончания терапии таковы: пациент 1) чувствует ослабление симптомов, которые воспринимаются как чуждые; 2) осознает свои характерные защитные механизмы; 3) способен принять и признать типичные для себя реакции переноса; 4) продолжает самоанализ в качестве метода разрешения своих внутренних конфликтов. Вопрос о завершении лечения поднимает пациент, но его может поставить и психотерапевт в результате анализа рассуждений и переживаний пациента по этому поводу. Дата завершения лечения устанавливается заранее по взаимному согласию психотерапевта и пациента.

Вместе с тем, как показали современные, выполненные на большом материале исследования Ховарда, скорость такого улучшения быстро нарастает лишь до 24-го занятия, а затем резко замедляется. Психотерапевт должен быть готов к такой динамике и при необходимости может последовательно продолжать выполнение намеченных и обоснованных психотерапевтических планов.

По современным данным Бергина и Гарфилда, в мире используется более 400 психотерапевтических техник для взрослых.

Ташлыков выделяет два основных **типа ролевого взаимодействия** в психотерапевтическом контакте: **руководство и партнерство.**

Руководство как выражение авторитета (власти) специалиста отражает традиционную медицинскую модель отношений «врач — пациент», при которой врач доминирует, занимает ведущую позицию, берет на себя ответственность за решение основных задач в период лечения, а пациент остается подчиненным, сравнительно малоактивным или пассивным объектом терапии. Такой психотерапевт наделяется магическими качествами, и больные особенно восприимчивы к его суггестивным влияниям, что может иметь положительное значение при выборе симптоматических методов индивидуальной психотерапии или при слабой первичной мотивации пациента к лечению. Партнерство как модель неавторитарного сотрудничества, терапевтического союза предполагает активное участие больного в психотерапевтическом процессе, развитие ответственности и самостоятельности, умение делать выбор между альтернативными решениями. Психотерапевт эмпатическим подходом создает безопасную атмосферу общения, в которой пациент может свободно говорить о тягостных переживаниях и открыто выражать свои чувства. Современные, наиболее эффективные методы индивидуальной психотерапии осуществляются на основе формирования терапевтического союза.

Терапевтическая работа с людьми, страдающими ПТСР, включает три стадии. Центральной задачей, стоящей перед терапевтом на **первой стадии,** является создание безопасной атмосферы. Основная задача **второй стадии -** это работа с психологическими проблемами. Основная задача **третьей стадии** - включение в обыденную жизнь. В процессе успешного восстановления можно распознать постепенный переход от настороженности к ощущению безопасности, от диссоциированности к интеграции травматических

воспоминаний, от выраженной изоляции к выстраиванию социальных контактов.

Психотерапевтические методы при ПТСР разнообразны[12]:

1. Рациональная психотерапия: клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги: аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия: переосмысление дезадаптивных мыслей и изменение негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия: изменение отношения пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принятие ответственности если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Поведенческая психотерапия: изменение деструктивных поведенческих схем, купирование фобий.

Наиболее распространенными терапевтическими **ошибками** являются:

- избегание травматического материала при работе с клиентом;

- несвоевременная и стремительная проработка травматического опыта, пока еще не создана достаточная атмосфера безопасности и не построены доверительные терапевтические отношения.

Избегание травматических воспоминаний ведет к прерыванию терапевтического процесса. В то же время слишком стремительное обращение к ним также приводит к нарушению процесса исцеления.

---

[12] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.

4.2. Методы психологической работы с интрузией[1]

Интрузия – симптомокомплекс ПТСР, отражающий динамическую модель психотравмы. Он включает различные непроизвольные «внедрения» в сознание и поведение лиц, переживших трудную ситуацию, сюжетов, связанных с травматическим событием (мысли, воспоминания, переживания, ночные кошмары, «флэшбэк-эффекты»).

Наиболее распространенным и драматическим симптомом в интрузии являются ночные кошмары.

Для избавления от ночных кошмаров в практике психологической помощи пострадавшим используются приемы «Рисунок сна», «Рассказ о сне», «Диалог со сном», «Модификация сна», «Завершение сна» и др. Главным корректирующим механизмом в этих приемах является инсайт – выход на понимание «функции» сна, его признание, принятие и прощание с ним.

Прием «Рисунок сна» состоит в детальной прорисовке сна и «понимании» его с позиции «художника».

Прием «Рассказ о сне» предполагает детальную вербализацию сна с выходом на понимание его «миссии» в жизни ветерана.

Прием «Модификация сна» заключается в таком изменении деталей сна, которые делают его нетравмирующим. Например, в наложении на сон успокаивающей музыки.

Прием «Завершение сна» предполагает такое его мысленное окончание, которое разрешает психологическую проблему. Например, необходимо представить, что сон на самом деле – съемка фильма и она благополучно завершена.

---

[1] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007 ; Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

Высокоэффективными в отношении модификации и купирования ночных кошмаров являются широко известные техники нейролингвистического программирования: «Шестишаговый рефрейминг», «Наложение якорей», «Взмах».

4.3. Психологические приемы работы с избеганием[13]

Избегание – симптомокомплекс ПТСР, включающий различные формы изоляции от мыслей, воспоминаний, переживаний, физических контактов со всем тем, что ассоциируется с травматическим событием и вызывает неприятные переживания субъекта трудной жизненной ситуации.

Одной из наиболее часто встречающихся и тяжело переживаемых форм избегания является фобия. В практике оказания психологической помощи пострадавшим в трудных ситуациях встречаются: болезненная боязнь вещей, связанных с травматической ситуацией, клаустрофобия (боязнь закрытых помещений), агорафобия (боязнь открытых пространств), гипсофобия (страх высоты), нозофобия (страх болезней), социофобия (страх убить, покончить с собой и др.), никтофобия (страх темноты).

Высокую эффективность в психологической помощи лицам, страдающим симптомами избегания, показывают методы, такие как: систематическая десенсибилизация, иммерсия, парадоксальная интенция, рациональная психотерапия, аутогенное отреагирование, аутогенная вербализация, аверсивная терапия.

Метод систематической десенсибилизации основывается на поведенческом принципе противообусловливания, утверждающего, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или

---

[13] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007; Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003.

предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу состоянием релаксации. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Таким стимулом является релаксация. Сущность методики заключается в том, что у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем путем углубления релаксации он снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации - от самых легких до вызывающих наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у человека страх. Выделяется три этапа процедуры**:** *первый* - овладение методикой мышечной релаксации (по Джекобсону); *второй* - составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (человеком, перенесшим стресс, составляется список ситуаций от самых легких до наиболее тяжелых); *третий* - собственно десенсибилизация (соединение представлений о психотравмирующей ситуации с релаксацией). На данном этапе обсуждается *методика обратной связи* **-** информирование человеком психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги сообщается поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее - поднятием пальца левой руки. Человек воображает ситуацию 5 - 7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Период длится до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатывается 3 - 4 ситуации из списка[1].

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяется метод «иммерсии» (затухания, угасания, погружения). **Метод иммерсии** - метод поведенческой психотерапии, основанный на демонстрации пациенту объектов, вызывающих страх, без расслабления, но в присутствии психотерапевта. Главной техникой является

---

[1] Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. М., 2002.

систематическая экспозиция (демонстрация, предъявление) объекта страха. К иммерсивным методикам относится также **метод парадоксальной интенции** - метод В.Франкла, основанный на осуществлении пациентом того, чего он боится, с чувством юмора. Метод применяется при фобии – страхе ожидания повторения симптома.

Юмор дает возможность занять дистанцию по отношению к самому себе, своему страху и тем самым обрести над собой полный контроль. Парадоксальное предложение формулируется в юмористической форме. При использовании данного метода важно, чтобы человек сам захотел осуществить то, чего он боится сделать.

В отличие от метода систематической десенсибилизации, в методах иммерсии и парадоксальной интенции не используется состояние релаксации, поэтому они могут быть применены для работы с психическими травмами малой интенсивности и невротическими страхами.

Одним из наиболее эффективных и вместе с тем доступных для широкого освоения методов психологической реабилитации является **рациональная психотерапия**. У истоков ее создания стоял швейцарский профессор Поль Дюбуа. Он утверждал, что лечение психических расстройств должно быть прежде всего психическим, состоящим во влиянии на рассудочную деятельность больных и в воспитании их воли, что истинный специалист больше поможет пациенту словом, нежели лекарством и лечебными процедурами. При этом П. Дюбуа подчеркивал, что моральное влияние специалиста, осуществляющего реабилитацию больного, зависит от глубины убеждения и силы искренности.

В основе метода лежит правильная, доступная пониманию человека трактовка характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, обучения правильному мышлению. Цель психотерапевтической работы - разъяснение пострадавшему характера, причин и механизмов возникновения негативных последствий психотравмирующего стресса для того, чтобы убедить его, что такие состояния являются

нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства.

Рациональная психотерапия - метод, в котором используется способность человека проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Данным методом психотерапевт воздействует на искаженные представления пациента, создающие дополнительный источник эмоциональных переживаний. Основными направлениями воздействия считаются: снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, прежде всего касающихся его болезни, убеждение пострадавшего, обучение его правильному мышлению, так как считается, что психические расстройства являются следствием ошибочных суждений, умозаключений больного по причине недостатка необходимой информации. Рациональная психотерапия проводится в форме беседы с военнослужащими, подвергшимися психотравматизации. В процессе беседы психолог, врач или другой подготовленный специалист решают ряд психокоррекционных задач:

- сообщение потерпевшему о происшедшем с ним событии, раскрывают сущность данного вида психической травмы, механизм ее действия. При этом главным является разъяснение того, что это расстройство не уникальное, а широко распространенное явление;

- убеждение пострадавшего в возможности и неизбежности успешного преодоления возникшей неблагоприятной ситуации и полного выздоровления;

- демонстрация примеров волевого поведения других участников в аналогичной ситуации;

- подкрепление продуктивных мыслей и высказываний пострадавшего;

- разъяснение пагубности безвольного поведения, самоподчинения недугу;

- разъяснение пострадавшему его положения как человека, временно утратившего дееспособность.

Средствами психологического воздействия здесь выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение, ободрение, авторитет, престиж и знания лица, осуществляющего психологическую помощь. Существенной характеристикой данного вида психотерапии является его директивность, а следовательно, небольшая продолжительность сеансов.

Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок больного и его возможностей, последовательной систематической работы с ним.

Для лиц, перенесших психотравмирующий стресс, ипользуют приемы аутогенной нейтрализации (методика Лутэ): аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

Аутогенное отреагирование[1]. Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы повторения тех ситуаций, которые явились причиной психической травмы. Пациент с закрытыми глазами рассказывает обо всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

Аутогенная вербализация осуществляется в тех случаях, когда психотравмирующие переживания поддаются точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «страх», «чувство вины» и т.п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего.

Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и выздоровлению. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается бурной аффективной реакцией (аутокатарсис).

Модификацией описанной методики Лутэ является «Аутогенная терапия памяти», предложенная В.С. Лобзиным и М.М. Решетниковым (1986).

Авторы считают, что болезненные психотравмирующие переживания связаны с прошлым травматическим опытом пациента, «актуально

---

[1] Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. С.29.

присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний». Сами пациенты избегают рассказывать об этих неприятных воспоминаниях. В подобных случаях психотерапевт разъясняет больному, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных переживаний, которые могут пройти только после многократного образного их воспроизведения, выполненного как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации. Воспоминания обязательно должны сопровождаться вербализацией, которая облегчается в состоянии аутогенного погружения. Отреагирование психотравмирующих воспоминаний приводит к их нейтрализации и улучшает состояние психотравмированного человека.

Аверсивная терапия. Аверсивные методики (от лат. aversio — отвращение) лежали в основе практического применения экспериментальных теорий научения. В настоящее время их можно разделить на методики, основанные на модели И. П. Павлова (классическое обусловливание) и на модели Скиннера (Skinner B. F.) (оперантное обусловливание).

В методиках, основанных на классическом обусловливании, сочетаются привлекательные стимулы (например, алкоголь или обильная еда) с болезненным, неприятным, вызывающим отвращение стимулом (инъекция апоморфина, приводящая к рвоте, электрический разряд, вызывающий сильную боль и др.). Методика подвергается критике, исходя из этических соображений. Однако большинство авторо признает возможность и необходимость применения ее по жизненным показаниям, например в тяжелых случаях навязчивого самоповреждения, надавливания на глаза и т.д.

Условия успешного применения названной методики такие же, как и в *методике наказания.* Аверсивный стимул должен применяться сразу же вслед за реакцией, подлежащей угашению. На первом этапе необходимо применять постоянную схему угашения, постепенно переходя на нерегулярное использование аверсивного стимула. Лечение должно продолжаться и некоторое время спустя после исчезновения симптома.

Адекватным показателем для прекращения лечения является возникновение адаптивного поведения. Использование этой методики предполагает наличие четких по внешним проявлениям и ограниченных во времени симптомов.

Методики, в которых используется оперантная модель, основаны на принципе успешного решения задачи, избавляющего пациента от неприятных стимулов, например электрического разряда. Так, при лечении треморной формы писчего спазма пациент осваивает задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстий и к замыканию электрической цепи; пациент при этом получает удар электрического тока. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

При соответствующей технической изобретательности практически для каждого симптома можно создать методику, основанную на принципе решения задачи, т. е. предупреждения воздействия аверсивного стимула.

Аверсивная психотерапия используется при лечении алкоголизма, хронического никотинизма и других заболеваний, являющихся формами избегания.

Итак, методы психологической помощи военнослужащим с симптомами избегания весьма разнообразны и эффективны. Каждый частный случай требует использования конкретной методики. Важно, чтобы военный психолог чутко определял эту необходимость.

4.4. Психологическая работа с гипермобилизацией (гиперактивностью)[14]

Гиперактивность – симптомокомплекс ПТСР, включающий трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения), раздражительность или вспышки гнева, затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень тревожности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы, гипертрофированная реакция испуга, болевые ощущения.

Для психологической помощи лицам, страдающим гиперактивностью, гиперреактивностью, гипермобилизацией, показаны следующие методы.

Аутотрениг (по И.Шульцу)

Активным методом психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленным на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате воздействия психотравмирующего стресса, является аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка (АТ) (от греч. autos - сам, genos - происхождение) - самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) и гипнотического транса (высшая ступень).

Как лечебный метод АТ была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 г. Воздействие АТ на организм сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций.

Выделяют две ступени АТ (по Шульцу): 1) низшая ступень (АТ-1) - обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и

---

[14] Караяни А.Г., Полянский М.С., Кутьинов В.И. Психологическая реабилитация инвалидов войны // Психологическая реабилитация участников боевых действий. М.: ВУ, 2003; Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.Ф. Социально-психологическая интеграция инвалидов в российское общество боевых действий. М., 2007.

дыхания; 2) высшая ступень (АТ-2) - аутогенная медитация - создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются в одной из трех поз: 1) «позе кучера» - сесть на стуле слегка опустить вперед голову, кисти и предплечья положить свободно на переднюю поверхность бедер, ноги свободно расставить; 2) положении лежа на спине, голова на низкой подушке, руки несколько согнуты в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) полулежа - облокотившись на спинку кресла, руки положить на переднюю поверхность бедер или на подлокотники, ноги свободно расставить. Во всех трех положениях достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5-6 раз) соответствующих формул самовнушения. Каждое из упражнений заканчивается формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Данные упражнения 1) вызывают ощущение тяжести и тепла в руках и ногах; 2) регулируют ритм сердечных сокращений; 3) нормализуют и регулируют дыхательный ритм; 4) вызывают ощущение тепла в брюшной полости. прохлады в области лба в целях предотвращения и расслабления головных болей.

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит две недели. Весь курс АТ-1 длится около трех месяцев. Занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия - 15 - 20 минут. Самостоятельные тренировки пациентов проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном).

В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных психотравмирующих переживаний самовнушению.

Выделяют пять типов *формул-намерений:* 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Потеря работы все равно» - при переживании увольнения; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что проснусь, когда начнутся кошмары»; 3) абстинентно-направленные (абстиненция - синдром психических и физических расстройств, возникающий при внезапном прекращении употребления алкоголя, наркотических веществ и т.п.), например: «Я знаю, что не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу думать о своей психотравме как можно чаще» (при вторжении психотравмирующих воспоминаний); 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что не завишу от полученной психотравмы» (при сильной актуализации переживаний в повседневной деятельности человека).

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. В целях оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (АТ-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения АТ-1 считаются лишь подготовкой к основному лечению. К высшей ступени аутогенной тренировки относят упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к *визуализации* представлений) и *нейтрализации* психотравмирующих переживаний.

В основе упражнений АТ-2 лежит *медитация.* Медитация (meditor (лат.) - размышляю, обдумываю) - всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Прежде чем приступить к аутогенной медитации, тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время - по часу и более.

Для лиц, перенесших психотравмирующий стресс, помимо упражнений АТ-1 и АТ-2, используют приемы аутогенной нейтрализации (методика Лутэ): аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

Нервно-мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Эффективной методикой лечения страхов, фобических состояний, субъективного чувства тревоги, формирования более спокойной психологической установки у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, является прогрессивная нервно-мышечная релаксация Джекобсона. Метод Джекобсона – прогрессивная мышечная релаксация, достигаемая путем первоначального напряжения и последующего расслабления мышц; процесс формирования способности улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления, осуществляемые с помощью концентрации внимания.

Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам**:**

1. Человек обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять напряжение в конкретной мышце. Для достижения максимального расслабления в любой мышце может потребоваться несколько минут.

2. Человек напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-то его части.

3. При постоянных ежедневных занятиях у человека отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» - психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и стрессоустойчивостью. Релаксация оказывает тормозящее воздействие на стрессовую реакцию, так как человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления.

Основной принцип действия метода Джекобсона - обучение различению напряжения и расслабления.

Все мышцы тела делятся на шестнадцать групп. Выделяют следующую последовательность упражнений: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки), к мышцам лба (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Упражнения начинаются с кратковременного, 3-5-секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредоточивается на чувстве релаксации в этой области тела.

После беседы с больным, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивая, что основной целью метода является достижение расслабления поперечно-полосатых мышц в покое, с больным проводится обучающий сеанс, который включает ряд последовательных этапов.

В предварительных инструкциях сообщается о месте, времени, порядке напряжения и расслабления мышц. В основных инструкциях пациенту предлагается устроиться поудобнее, закрыть глаза, снять с себя мешающую одежду и сосредоточиться на дыхании. Упражнения начинаются со слов психотерапевта: «Готовы? Начали».

В завершающей части психотерапевт перечисляет все мышцы, которые активизировались и расслаблялись, и заставляет пациента расслабить их еще сильнее. Переход к бодрствованию осуществляется на счет до десяти.

Методика нервно-мышечной релаксации представляет собой навык, который может быть развит только посредством постоянной тренировки, осуществляемой под руководством психотерапевта и в домашних условиях.

Техника лечения включает три этапа.

Первый этап. Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение

мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение - сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого пациент упражняется в напряжении и расслаблении мышц-сгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее - расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, гипертония и т.п.). Затем посредством релаксации отдельных мышечных напряжений можно научиться избавляться от отрицательных эмоций или болезненных проявлений.

Курс лечения длится от 3 до 6 месяцев. Групповые занятия - 2-3 часа в неделю. Самообучение на дому - 1 -2 раза в день по 15 минут.

В зависимости от потребностей больного психотерапевт включает в упражнения специфические мышечные группы и даже отдельные мышцы. Важно научить пациента расслаблять лицевые мышцы, особенно мышцы зева, глаз и рта для достижения максимального расслабления.

Экспресс-методы психической саморегуляции[15]

Выбор метода психической саморегуляции в решающей степени обусловливается особенностями ситуации переживания стресса. В динамично протекающей экстремальной ситуации (катастрофа, боевые действия) некоторые из вышеперечисленных методов покажутся сложными и неуместными. В таких и некоторых других ситуациях наиболее эффективными могут оказаться экспресс-методы психической саморегуляции. Они отличаются следующими особенностями: просты в овладении и выполнении, не требуют много времени на выполнение процедур (1-3 мин.), эффективны (результат обнаруживается уже в процессе выполнения приемов), не влекут негативных побочных явлений (например, сонливости) и др.

Наиболее эффективными из экспресс-методов являются следующие:

1. **Дыхательные приемы**. Известно, что нервные импульсы из дыхательных центров мозга распространяются на его кору и изменяют ее тонус. При этом тип дыхания с коротким и энергичным вдохом и медленным выдохом вызывает снижение тонуса центральной нервной системы, обуславливает снятие эмоционального напряжения. Медленный вдох и резкий выдох тонизируют нервную систему, повышают активность ее функционирования. Для того чтобы в стрессогенной ситуации обрести спокойствие, снять чрезмерную или неактуальную психическую напряженность, необходимо выполнить 8-10 коротких вдохов (используя движения нижней части живота) и медленных продолжительных выдохов. И напротив, для того чтобы максимально мобилизоваться, побороть сомнения в своих силах, преодолеть «мандраж», необходимо выполнить 8-10 дыхательных процедур с медленным, продолжительным вдохом и резким, энергичным выдохом.

[15] Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Введение в профессию военного психолога. М.: Академия, 2007.

Известны также приемы «Успокаивающее дыхание», «Мобилизующее дыхание» и др.

2. **Приемы управления тонусом скелетной мускулатуры**. Они основываются на том факте, что произвольное расслабление скелетной мускулатуры действует на человека расслабляюще, успокаивающе, а напряжение, напротив, активизирующе, мобилизующе. Известны приемы «Расслабление по контрасту», «Релаксация» и др. Для «разрядки» негативных переживаний (страх, неуверенность в себе, беспокойство и др.) необходимо выполнить упражнение по типу «*Релаксация».* Оно выполняется в три этапа. На первом этапе, заметив негативные изменения в своем состоянии (тревога, повышенная чувствительность к внешним воздействиям, раздраженность, сухость во рту, скованность, неспособность сосредоточиться на чем-либо и т.п.), нужно найти ту группу мышц, которая в данный момент наиболее напряжена. На втором этапе необходимо прочувствовать, как непосредственно связаны между собой плохое самочувствие и напряжение в мышцах. На третьем этапе требуется волевым усилием расслабить напряженные мышцы. Для этого можно представить, что они становятся тестообразными, вялыми. Как правило, улучшение психического состояния происходит практически мгновенно.

Разрядке негативных эмоциональных состояний и поддержанию бодрого настроения поможет упражнение *«Расслабление по контрасту*». Здесь релаксация достигается через напряжение. Нужно напрячь, к примеру, кисти рук, а затем максимально их расслабить и т.п. Вместе с расслаблением должно прийти и ощущение освобождения от напряжения, которое нужно всячески усиливать.

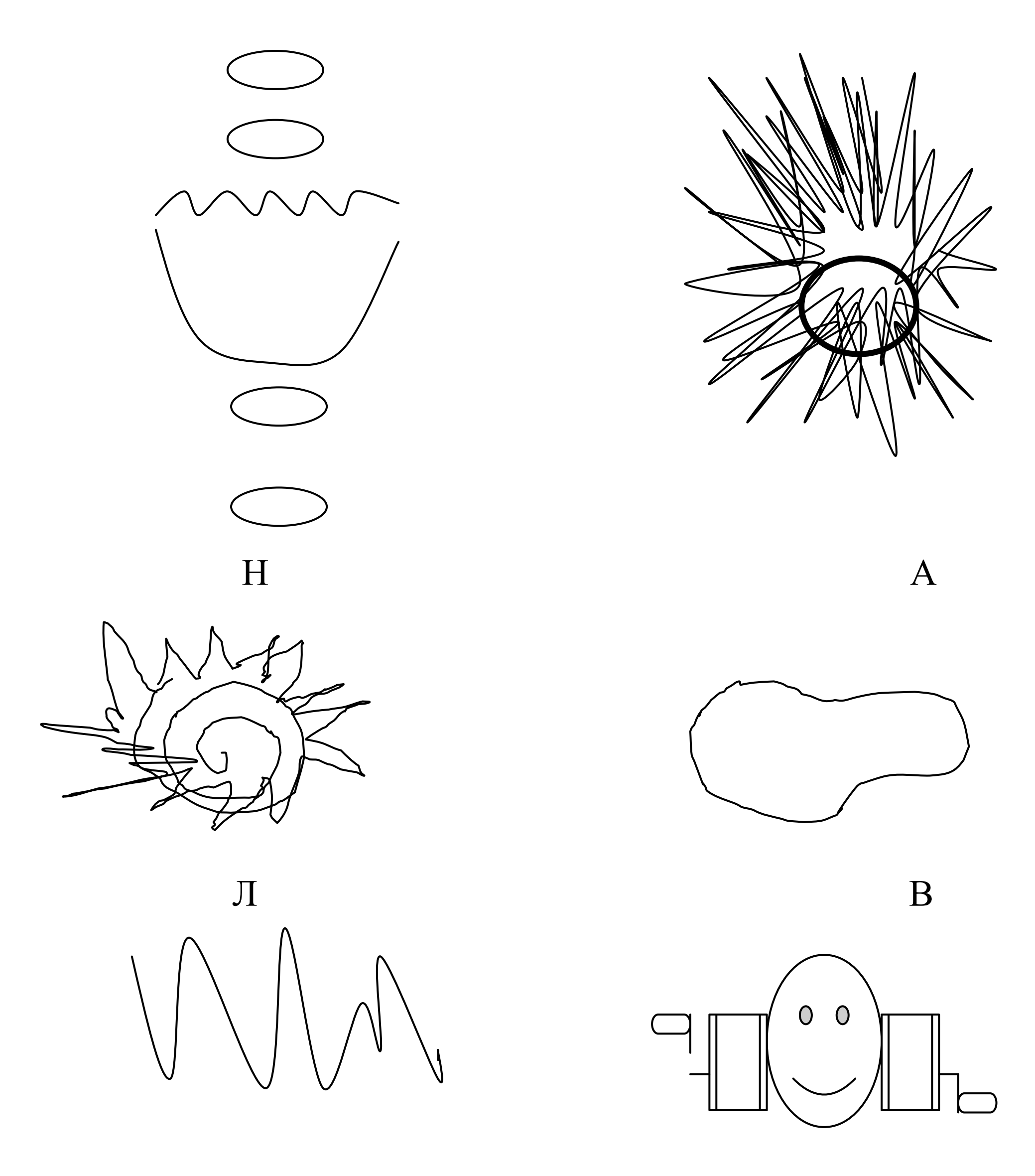
3. **Воздействие на биологически активные точки** и другие приемы.

В процессе реабилитации очень важным моментом является решение отдельных психологических проблем инвалидов войны, например купирование актуальных болевых ощущений, избавление от ночных

кошмаров и др. Для решения этих проблем также подходят экспресс-психотехники.

Для купирования боли применяются методики «Рисунок боли», «Выдыхание боли», «Образ боли», «Контекст», «Перегрузка» и др.[16]

Прием «Рисунок боли» предполагает в момент эскалации болевого ощущения детальное изображение образа боли на бумаги. На рис. 1. представлены образы болевых ощущений участников реабилитационных мероприятий. Психологическим механизмом купирования боли является отвлечение внимания от болевого ощущения.



[16] Караяни А.Г., Волобуева Ю.М., Дубяга В.М. Социально-психологическая интеграция в российское общество инвалидов боевых действий. М., 2007.

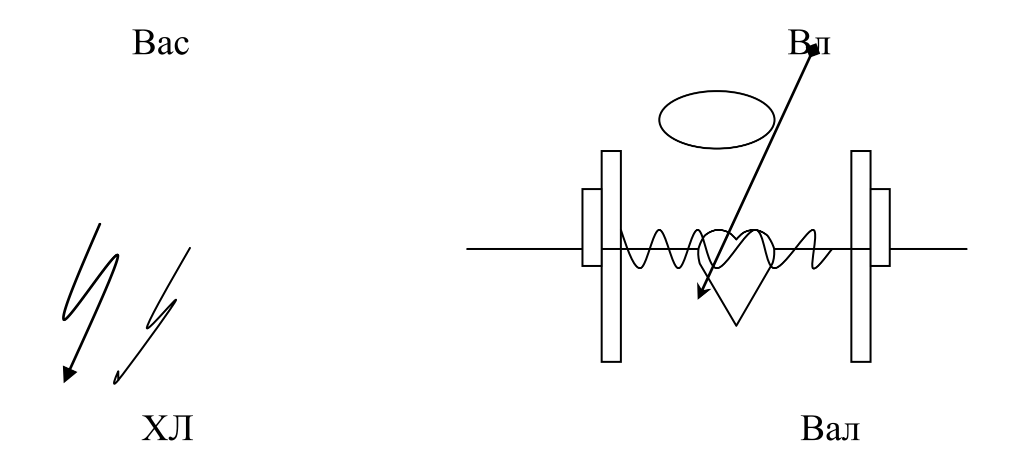


Рис. 1. Образы боли у ветеранов боевых действий (Н, А, Л,В, Вас, Вл, ХЛ, Вал)

Прием «Выдыхание боли». Находясь в любом положении, надо расслабиться, установить ровное дыхание. Затем, делая вдох, представить, что в груди формируется облако целительных жизненных сил, к примеру, серо-голубого цвета. Далее представить болевой участок, «увидеть» больной орган, имеющий коричнево-черный цвет. После чего, делая медленный выдох, направить целительное облако на больной орган, наблюдая, как оно обволакивает болевой участок, вырывает куски боли и выбрасывает из тела. Упражнение повторять до тех пор, пока оно не «вычистит» болящий орган и последний не приобретет естественный цвет.

Прием «Образ боли» предполагает работу с субмодальностями – качествами образа боли – последовательное изменение таких качеств образа боли, как температура, цвет, материал от неприятных до приятных. На последнем этапе целесообразно представить боль. Например, в виде воздушного шара, улетающего от болезненного места.

На рис. 1 представлены образы боли, нарисованные участниками боевых действий в Афганистане и Чеченской Республике в ходе проводимого с ними тренинга в Центре восстановительной терапии «Русь».

Прием «Перегрузка» предполагает во время переживания боли детально описывать все находящиеся в помещении предметы, последовательно перемещаясь из угла в угол.

Прием «Контекст» предполагает представление такого контекста переживания боли, в котором человек перестает о ней думать. Например, при переживании болевого ощущения следует представить ситуацию чрезвычайной опасности (появление в комнате тигра). Важно рефлекторно закрепить («заякорить») болевое ощущение с ситуацией опасности.

5.4. Психологическая помощь пострадавшим методом групповой психотерапии

Групповая психотерапия рассматривается как один из основных методов оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Она может охватывать большое количество людей и постепенно активизировать здоровые защитные механизмы. Групповая психотерапия помогает облегчать симптоматику, позволяет менять позицию отдельных членов группы и усиливать у них чувство принадлежности к группе с помощью внутригрупповых взаимодействий и эмоциональных реакций. Принадлежность к категории людей, которые пережили сходные психотравмы, поддерживает индивида. Группа побуждает индивида к проявлению эмоций и подавляемых чувств так, чтобы он мог сосредоточиться на действительности и осуществлении своих наиболее неотложных потребностей.

Еще в 1944 г., подчеркивая роль группового подхода в повышении эффективности реабилитации ветеранов, Г.Роум выделил факторы, способствующие эффективности его использования: подобие психологических проблем у членов группы; снижение внутренней психической напряженности; преодоление чувства неполноценности; доверительные отношения между психотерапевтом и пациентом;

контролируемое эмоциональное раскрепощение; контролируемый глубинный анализ проблем; дополнение групповой работы (при необходимости) индивидуальной[1].

Р.Гринкер и Д.Шпигель (1945) отмечали, что эффективность групповой психотерапии с ветеранами обеспечивается тремя факторами: развитием положительных отношений между психотерапевтом и пациентами, свободным выражением чувств, возможностью более детального анализа психологических проблем[1].

Основная цель групповой психотерапии – помощь вербализовать свои чувства, учить людей понимать свои эмоции и легче с ними справляться.

Эффективность групповой психотерапии обеспечивается тремя факторами: развитием положительных отношений между психологом и клиентами, свободным выражением чувств, возможностью более детального анализа психологических проблем.

Основными методами групповой психологической помощи лицам, переживающим психологический кризис, являются:

1. Обсуждение стресса.
2. Дебрифинг стресса критических инцидентов.
3. Индейская баня.
4. Рэп-группы.
5. Мультимодальная семейная психотерапия.
6. Реабилитационный тренинг.
7. Психодрама, социодрама.
8. Общество анонимных алкоголиков и др.

В 1970 г. группой американских психотерапевтов (R.Lifton, C.Shatan, F.Pincus и др.) были организованы так называемые «rap» группы ветеранов из организации «Вьетнамские ветераны против войны» для оказания помощи в

---

[1] Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. С.24.

[1] Там же. С.31.

преодолении психологических последствий войны и осмыслении своего военного опыта. Доверительная атмосфера, взаимная эмоциональная поддержка, неформальный характер групп способствовали эффективности психологической помощи[2].

«Rap» группы продолжали традиции групп с ограниченной ролью ведущего (центрированные на клиенте группы «горячего» стула, свободно «плавающие» группы, группы в стиле «Ялома» и т.д.) или вообще без ведущего (группы дважды рожденных, организованные в Сан-Франциско).

«Rap» группы, как правило, объединяют людей, переживших психотравмирующие события, в целях оказания им психотерапевтической помощи.

По мнению Д.Смит, «rap»-группы являются средством для описания, изучения, трансформации и структурирования неупорядоченного травматического опыта.

- К.Скерфилд считает, что «rap» группы позволяют:
- преодолеть чувство изолированности через ощущение общности с другими ветеранами, эмоциональный «комфорт» и поддержку;
- преодолеть чувство неполноценности и восстановить чувство собственного достоинства;
- «переработать» травматический опыт среди людей, способных его понять;
- эмоционально раскрепоститься.

«Rap» - группа, по Д.Смиту, группа, позволяющая ее участникам описать, изучить, трансформировать и структурировать неупорядоченный психотравмирующий опыт.

Выделяются три уровня развития группы:

---

[2] Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия воздействия боевой обстановки. С.38.

1.**Информационные (вводные) группы.** Их целью является постепенное подведение людей к дискуссии об их психологических проблемах, информирование о возможных психологических последствиях психотравмирующей ситуации. В группах данного уровня могут решаться задачи по оказанию помощи в преодолении навязчивых воспоминаний, состояния горя и депрессии, страхов, социальной отчужденности, повышения самоконтроля и активности в общении.

2. **Побуждающие (работающие) группы.** Цель – создание условий для анализа прошлого психотравмирующего опыта и соотнесение его с актуальной жизнедеятельностью. В эту группу могут включаться лица с различным травматическим опытом для расширения диапазона обсуждаемых психологических проблем, углубления доверия к другим людям и открытости во взаимоотношениях, помощи в осознании своего негативного Я-образа, углубления процесса самопознания, расширения компетентности в общении.

3. Группы, рассчитанные на длительный период. Основная цель – взаимопомощь. Обсуждаются актуальные психологические проблемы и допускается участие лиц, не имевших психотравмирующего опыта. Такое постепенное расширение круга участников позволяет приближать условия группы к реальному окружению психотравмированной личности. Ставится задача достичь более глубоких личностных изменений.

Э. Парсон разработана модель многократной «rap»-группы, которая подразумевает группы, рассчитанные на три фазы психотерапевтического процесса[1]. В группу первой фазы включаются только ветераны, участвовавшие в боевых действиях. Задачами первой фазы являются:

– помощь в преодолении навязчивых воспоминаний о войне, чувства вины, ощущения на себе «печати смерти», состояния горя и депрессии;

---

[1] Съедин С.И., Абдурахманов Р.А. Психологические последствия участия в боевых действиях. С.41.

– помощь в преодолении фобических реакций, состояния эмоционального оцепенения, социальной отчужденности, повышении самоконтроля и открытости в общении;

– помощь в осмыслении травматического опыта, восстановлении самотождественности, чувства принадлежности к миру людей, пробуждении желания восстановить прерванные отношения с другими людьми и проявлении активности во всех сферах жизнедеятельности.

Вторая фаза групповой психотерапии подразумевает включение в «rap»-группы ветеранов войны, не принимавших участия в боевых действвия. Это позволяет расширить диапазон обсуждаемых психологических проблем. Задачами данной фазы является углубление у ветеранов доверия к другим людям, открытости во взаимоотношениях, помощь в осознании своего «фальшивого Я» и его проявлении в общении, стимулирование перехода от «зеркально-рефлекторных» форм общения к его более зрелым формам.

После решения задач первых двух фаз считается возможной организация психоаналитически ориентированной фазы, во время которой в группу включаются лица, не являющиеся ветеранами, в том числе женщины. Такое постепенное расширение круга участников группового процесса позволяет приближать условия группы к реальному окружению ветерана в жизни и имеет больший психотерапевтический эффект. В процессе третьей фазы ставится задача достижения более глубоких личностных изменений через осмысление подсознательных явлений психической жизни, а также дальнейшую «проработку» личностных проблем, обусловленных участием в боевых действиях.

Дебрифинг стресса критических инцидентов

Наиболее распространенной и широко применяемой формой групповой рациональной терапии является психологический дебрифинг стресса

критических инцидентов (психологический дебрифинг), то есть организованное обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении задач боевой деятельности.

Цель дебрифинга - минимизация и купирование психических страданий военнослужащих.

Задачами группового обсуждения стресса являются:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;

- формирование у участников групповой работы понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;

- уменьшение ощущения уникальности и паталогичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;

- мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания;

- снижение индивидуального и группового напряжения;

- подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем и др.

Дебрифинг проводится с группами до 15 военнослужащих, совместно пережившими психотравмирующее событие в ближайшие 48 часов после его окончания.

Выделяются от 5 до 7 фаз, через которые проходит группа в процессе своей работы[17]:

1. Вводная фаза - знакомство с группой, разъяснение целей, задач и правил проведения группового обсуждения, создание обстановки психологической безопасности и комфорта.

2. Фаза «Факты» - участники группы рассказывают о том, что они наблюдали, что делали в бою и на основе этого составляется более или менее целостная картина происшедшего. На этой фазе выражение собственных эмоций, высказывание оценочных суждений нецелесообразно.

---

[17] Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. СПб.: Питер, 2006

3. Фаза «Мысли, эмоции, чувства» - осуществляется переход от описания фактов к рассказу о внутренних психологических реакциях военнослужащих на них. Впечатления, эмоциональные реакции, импульсивные поступки каждого участника экстремального события делаются достоянием всей группы. Ведущим принимаются меры для включения всех военнослужащих в групповую работу, недопущения «узурпации» права на высказывание одним и превращения в безмолвных слушателей других. Он обращает внимание на то, что, высказываясь о пережитом, военнослужащие переживают сильный стресс, и, хотя это происходит в обстановке отсутствия реальной опасности, они нуждаются в понимании и поддержке сослуживцев.

4. Фаза «Симптомы» - на данном этапе предметом группового обсуждения становятся эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции и симптомы посттравматического стресса, изменения в самосознании и самооценке военнослужащих. Знакомясь с перечнем симптомов, характерных для психологических последствий конкретных психотравмирующих событий, каждый участник понимает, что его переживания не уникальны. Отражаясь в других людях через обратную связь, замечая в высказываниях других людей то, о чем сам сказать не смел, каждый участник лучше познает себя, свои чувства, переживания.

5. Фаза «Информирование» - разъяснение военнослужащим психологической сущности постстрессовых расстройств как «нормальных реакций на ненормальные условия боевой обстановки», способов преодоления отрицательных психологических последствий боевого стресса. Здесь может быть зачитан общий список реакций участников на стресс-факторы боевой обстановки.

6. Фаза «Закрытие прошлого» - подведение своеобразного итога того, что было пережито. В терминах будущего определяются стратегии преодоления отрицательных последствий боевого стресса, случаи, в которых участник должен искать дополнительную психологическую

помощь. Такими случаями являются: наличие постстрессовых симптомов спустя 6 месяцев после дебрифинга; эскалация названных симптомов; наличие затруднений в выполнении простейшей работы или резкое снижение работоспособности.

При проведении дебрифинга следует строго придерживаться правил групповой работы, а именно: добровольность; конфиденциальность; исключение взаимных оценок, критики, недоброжелательности; работа без перерывов с правом выхода участников при необходимости; свобода в постановке любых вопросов, связанных с пережитыми событиями и собственными состояниями; предупреждение участников о возможности повторного переживания во время работы негативных эмоций и чувств и необходимости таких переживаний в интересах поисков путей их преодоления; ведение разговора лишь о своих переживаниях, а не о реакциях других людей.

Дебрифинг помогает лучше понять природу травматического стресса, его симптомы, овладеть способами эффективного их преодоления, предупредить возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий.

Ю.М. Волобуевой совместно с А.Г. Караяни разработана методика и технология **Я-гармонизирующего тренинга** с лицами, переживающими психологический кризис (на примере инвалидов боевых действии)[1].

Такой тренинг нацелен на социально-психологическую коррекцию Я-концепции инвалидов боевых действий и представляет специфическую форму их обучающего взаимодействия, в которой участники при содействии ведущего включаются в своеобразный опыт интенсивного общения, ориентированного на выявление ими функциональной неадекватности, структурной разбалансированности временной

---

[1] Волобуева Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: дис. … канд. психол. наук. М., 2009.

дезориентированности Я-концепции, порождение мотивации на выбор путей и методов ее гармонизации. Тренинг решает 4 задачи:

- восстановление нарушенной временной протяженности и дезориентированности Я-концепции пострадавшего;

- повышение интернальности в самовосприятии и восприятии собственной жизни;

- преодоление конфликта между Я-образами личности;

- актуализация жизневозвышающей стратегии бытия.

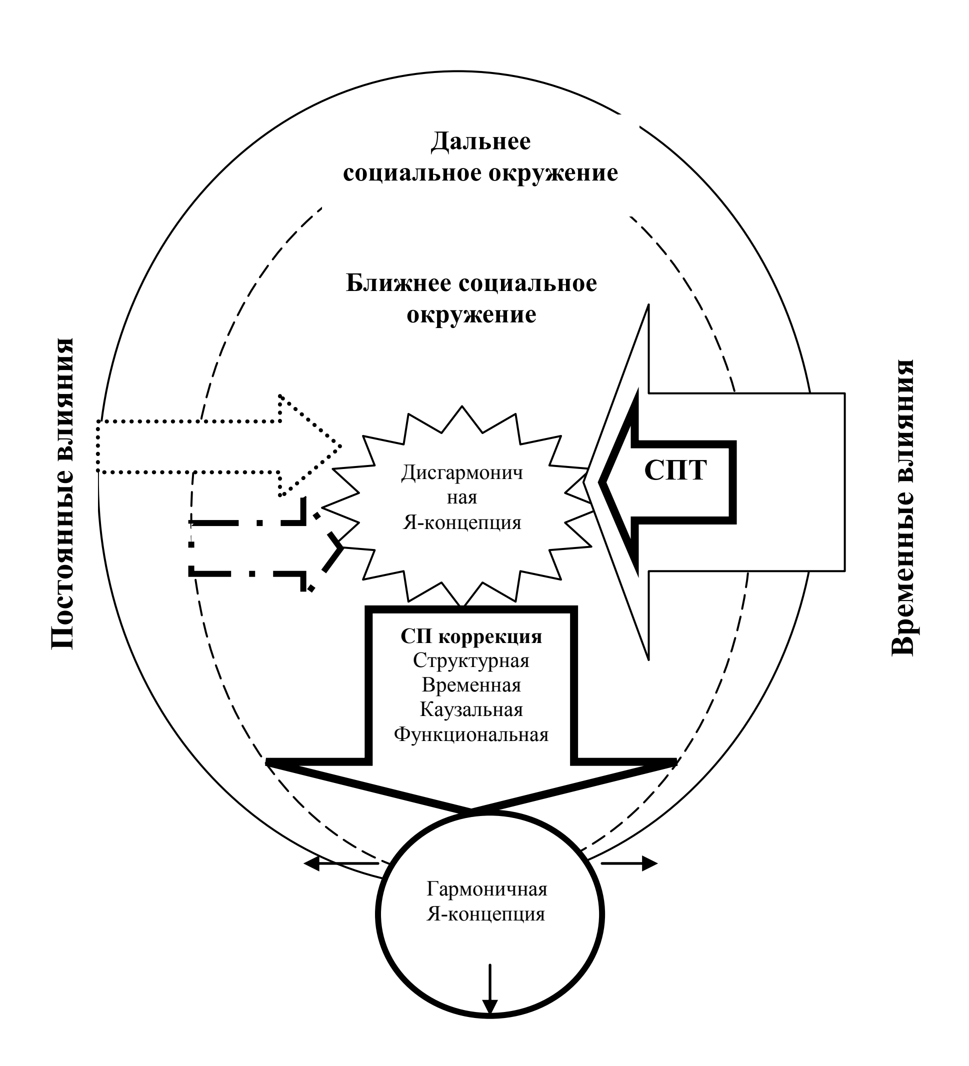


Рис.2. Модель социально-психологической коррекции Я-концепции инвалида боевых действий

Ю.М. Волобуева схематически обозначает модель социально-психологической коррекции Я-концепции инвалида боевых действий (рис. 2).

Как видно на рис. 2, желаемое изменение Я-концепции пострадавшего может достигаться как длительным влиянием ближней и дальней социальной среды, так и непродолжительным воздействием социума или его моделью. Одной из форм временного гармонизирующего социума и является Я-гармонизирующий тренинг.

Дезориентированный темпоральный модус инвалидов корректировался с помощью психотехнических процедур, «открывающих» инвалиду его жизненный путь во всей его целостности: «Рефлексия «линии жизни», «Сравнение жизненных линий», «Взгляд в будущее».

Коррекция каузального модуса осуществлялась с помощью психотехник, объективирующих ошибочную интерпретацию инвалидом роли и установок его социального окружения: «Сон в летнюю ночь», «Меня заставили» и др.

Конфликтность Я-образов снималась приемами, порождающими конфронтацию между старыми, привычными социальными установками личности (в том числе и «на себя») и новыми («отраженными от группы»): «Хищники и травоядные», «Визитка», «Вавилонский базар», «Ожидаю поддержки», «Мои коммуникативные качества».

Я-концепции *активизировались* приемами, предоставляющими инвалидам возможность сравнить собственную жизненную активность с активностью инвалидов, сумевших преодолеть физическую и психическую травму: «Убеждение на примерах», «Чемодан в дорогу» и др.

Таким образом, процесс психологической помощи лицам, пережившим трудную ситуацию, сложный и многогранный. ПТСР и психологический кризис – многоплановые явления, требующие комплексного и длительного лечения. Каждый симптом требует подбора адекватного терапевтического подхода и наиболее эффективной техники индивидуальной или групповой психологической помощи.

Литература

1. Волобуева Ю.М. Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий: дис. … канд. психол. наук. М., 2009.
2. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия. - М., 2002.
3. Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2007.
4. Психотерапия /Под ред. Б.Д. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2007.

Глава 5
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ В БОЕВОЙ ОБСТАНОВКЕ

5.1. Психологическая диагностика и психологическая поддержка военнослужащих в ходе боевых действий

Опыт боевых событий, происшедших после второй мировой войны, свидетельствует о том, что повышение боевой мощи средств уничтожения людей, совершенствование методов психологической борьбы неизменно ведут к росту психологических расстройств военнослужащих, оказывающих заметное отрицательное влияние на их боеспособность, ход и исход сражений.

По американским оценкам, психогенные потери в современных войнах могут составлять: в условиях применения ядерного оружия 25-33%, а без применения оружия массового поражения 20% от физических потерь.

Изучение показывает, что соотношение психогенных и физических потерь в войсках XX в. постоянно «пульсировало», обнаруживая общую

тенденцию к росту. На рис.1 можно наблюдать динамику такого соотношения в армиях разных стран в военных событиях прошедшего столетия.

Психогенные потери - это люди, утратившие на короткое или длительное время боеспособность вследствие воздействия боевых психогенных стресс-факторов[18].

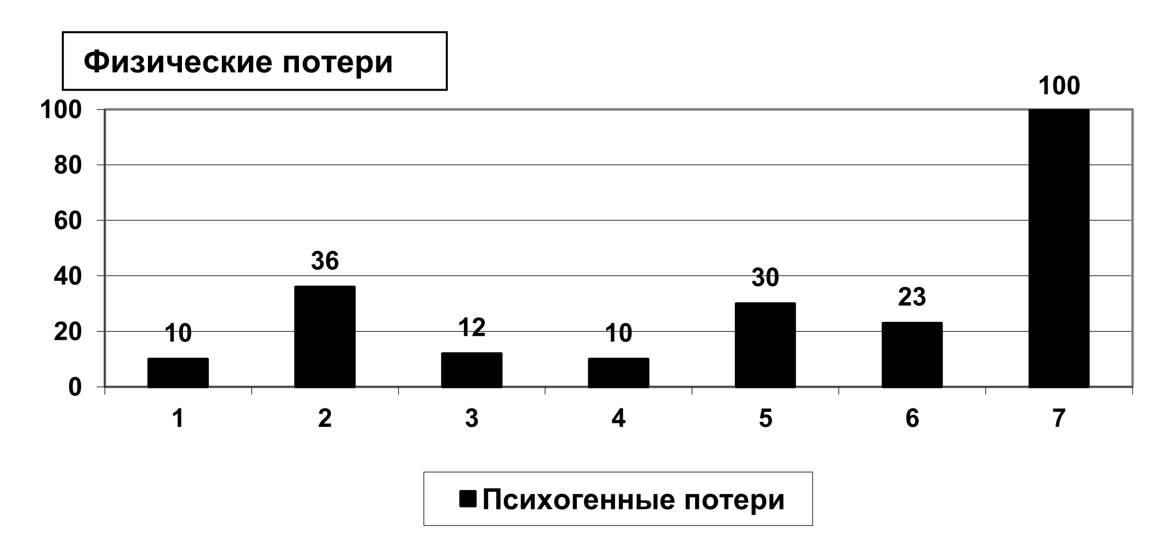


Рис. 1. Соотношение психогенных и физических потерь в военных конфликтах XX столетия (в%)

Примечание: 1 - Первая мировая война (армия США), 2 - Вторая мировая война (армия США), 3 - война в Корее (армия США), 4 - война во Вьетнаме (армия США), 5 - арабо-израильская война 1973 г. (армия Израиля), 6 - война в Ливане 1982 г. (армия Израиля), 7 - война в Персидском заливе (контингенты американских и английских войск)

Непосредственной диагностикой психогенных потерь будут заниматься психологи, медицинский персонал подразделений. Командный состав частей и соединений будет иметь дело с обобщенными данными о психогенных потерях. Эти данные нужны как для принятия обоснованного решения о путях и способах продолжения боевых действий, так и о мерах по борьбе с последствиями боевого стресса у лиц, отнесенных к разряду психогенных потерь.

[18] Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Прикладная военная психология. М.: Питер, 2007. С.258.

Психодиагностика боевых психических расстройств представляет собой совокупность взаимосвязанных процедур по выявлению фактов наличия психотравм, их идентификации и оценке, принятию решения по объему, срокам, средствам, способам психокорректирующего воздействия на военнослужащих в целях их быстрого возвращения в строй или в мирные условия жизнедеятельности.

Целью психодиагностики выступает выявление степени психического здоровья и боеспособности конкретного военнослужащего.

Основными средствами выявления и оценки психических расстройств в боевой обстановке являются методы визуальной психодиагностики и психодиагностическая беседа. После эвакуации психотравмированных воинов из угрожающей обстановки могут проводиться дополнительные психодиагностические мероприятия с использованием различных тестовых методик. В процессе визуальной психодиагностики и беседы с пострадавшим фиксируются и оцениваются показатели типов отрицательных психических реакций, описанных выше.

Экспресс-диагностика позволяет выявить военнослужащих, симулирующих психическую травму, определить воинов с непатологическими и патологическими психогенными реакциями (данные группы военнослужащих после краткого психокорректирующего воздействия направляются в свои части для дальнейшего участия в боевых действиях), выявить людей с невротическими состояниями, которые направляются в батальонные (полковые) медицинские пункты или в места нахождения специальных команд психологической помощи, определить и представить к эвакуации в дивизионные пункты психологической помощи воинов с психотическими расстройствами.

Диагностическая экспресс-беседа заключается в постановке перед военнослужащим, демонстрирующим неадекватное боевой ситуации поведение, вопросов, позволяющих оценить степень его ориентированности

в пространственно-временных и тактических элементах боевой обстановки и в собственной личности. Как правило, задаются простые, краткие, доступные для понимания в экстремальной обстановке вопросы: «Кто Вы? Как Ваши фамилия, имя, отчество? Из какого Вы подразделения? Какую задачу выполняете? Как долго Вы здесь находитесь? Где находятся командир и личный состав подразделения? Где противник? Что собираетесь делать дальше?» и т.д.

В ходе беседы фиксируются: наличие ответов, их адекватность, время, затрачиваемое опрашиваемым на обдумывание ответа, невербальные проявления и т.д.

Визуальная экспресс-диагностика состоит в наблюдении за внешними проявлениями военнослужащего по специальной схеме (карте), фиксации определенных паттернов и последующей интерпретации полученной психологической информации.

Своеобразной схемой и одновременно ключом для визуальной диагностики может стать описанная выше градация психических расстройств, предложенная Ю.А. Александровским[1]. В соответствии с ней к непатологическим (физиологическим) невротическим явлениям относятся реакции на боевой стресс (адаптационные реакции). Они проявляются в повышенной эмоциональной напряженности и психомоторных изменениях, вызванных страхом (множество нецелесообразных движений; беспорядочное, бесцельное метание; ступорозное обездвижение; отрывистая, несвязная речь). К названным симптомам прибавляются такие вегетативные реакции, как учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника; тошнота, головокружение, ознобоподобный тремор; изменение пигментации кожных покровов; ощущение нехватки воздуха, чувство удушья; ощущение сильной физической слабости, жара или холода и др.

---

[1] Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1991.

Психогенные патологические реакции проявляются в симптомах астенического, депрессивного, истерического и других синдромов. Основным показателем того, что наблюдаемая симптоматика отражает непсихотический уровень травматизации военнослужащего, является сохранение им в достаточной степени критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

Военными психологами А.В. Крахмалевым и А.А. Кучером[19], принимавшими участие в боевых действиях в Чеченской Республике, описаны психические, телесные и поведенческие проявления боевой психической травмы (табл. 1), которые позволяет командиру определить ее наличие у военнослужащего и разновидность.

Таблица 1

Симптомы боевой психической травмы

Поведение	Психический уровень	Телесный уровень
Гиперреактивная форма: ■ метания в поисках укрытия, буйство; ■ истерический смех или плач; ■ крики в сочетании с гиперактивностью; ■ раздражительность и злоба; ■ агрессивность; **Заторможенность**: ■ состояние ступора; ■ апатия, заторможенность движений; ■ обморочные состояния; **Общие симптомы:**	■ Неспособность концентрировать внимание; ■ частичная или полная потеря памяти; ■ затруднения запоминания информации; ■ повышенная чувствительность к шуму, свету, запахам; ■ нарушение логики и быстроты мышления; ■ нарушение критического восприятия обстановки и своих действий; ■ ослабление воли; ■ зрительные и	■ Ослабление зрения и слуха; ■ частое мочеиспускание; ■ расстройство желудка; ■ учащенное, прерывистое дыхание; ■ нарушение циркуляции крови, что приводит к анемии кистей рук и ступней ног; ■ сильное напряжение мышц; ■ учащенное сердцебиение; ■ давящие боли в области сердца и

[19] Крахмалев А.В., Кучер А.А. Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. Минск: Харвест, 2003. С.193-200.

■ пугливость; ■ регресс возраста (детские реакции); ■ бессвязность; ■ бормотание; ■ сильная дрожь	слуховые галлюцинации	грудной клетки; ■ боли в пояснице; ■ боли хирургических шрамов, старых ран; ■ неконтролируемое слюноотделение

Важнейшим элементом психологического сопровождения боевых действий войск является **психологическая помощь (самопомощь),** представляющая собой комплекс психологических, организационных, медицинских мероприятий, направленных на обеспечение успешного преодоления военнослужащими психотравмирующих обстоятельств боевой обстановки, сохранение их психического здоровья и боеспособности.

Психологическая помощь включает два компонента, различающихся субъектами, объектами и содержанием проводимых мероприятий: а) психологическую поддержку и б) психологическую реабилитацию.

Психологическая поддержка направляется на актуализацию имеющихся и создание дополнительных психологических ресурсов, обеспечивающих активные действия военнослужащих на поле боя. Она в профилактическом плане (в целях снижения боевой активности и предупреждения развития отрицательных психологических явлений) оказывается всем военнослужащим, а в качестве средства психологической коррекции применяется по отношению к лицам с симптомами непатологических и патологических психогенных реакций.

В процессе *всего периода боевых действий* общими для все участников боевых действий мерами психологической поддержки должны быть: ведение строгого контроля за продолжительностью и качеством сна, рациональное чередование активной деятельности и отдыха; регулирование продолжительности пребывания военнослужащих в соприкосновении с противником**;** защита войск от психологических операций противника; укрепление чувства единства армии с народом; предупреждение безделья

военнослужащих; проведение рекреационных, культурно-досуговых и информационно-воспитательных мероприятий.

Известно, что главными факторами развития дистресса и травматического стресса выступают: *1) нарушения и задолженность сна; 2) продолжительность воздействия боевых стресс-факторов и физических нагрузок, вызывающих утомление.* Поэтому на их профилактику и должна быть направлена психологическая поддержка.

Используются различные способы психологической поддержки.

Физиологические способы. Как бы ни развивались боевые действия, командир должен стремиться к тому, чтобы дать поспать непосредственным участникам боевых действий 4 часа и лицам, занимающимся умственной деятельностью (работники штабов), – не менее 6 часов в сутки.

Организационные способы. Учитывая опыт войн и военных конфликтов, когда после нескольких дней непрерывного пребывания в течение нескольких дней на передовой большое количество военнослужащих утрачивало боеспособность из-за страха и утомления, необходимо периодически давать военнослужащим возможность отдохнуть во втором эшелоне, в резерве (во время Первой мировой войны были на линии огня: немецкие батальоны – 12 дней, английские – 8 дней; во время Второй мировой войны дивизии вермахта выводились на отдых после того, как теряли убитыми и ранеными до 20% личного состава.

Для предупреждения психических расстройств в действующей армии Дж. Аппель еще в 1946 г. рекомендовал полностью заменять личный состав на передовых позициях через 6 месяцев, так как дезадаптация у большинства солдат развивалась через 8-12 месяцев после прибытия на фронт. Во время войны в Корее (1950-1953) в американской армии был внедрен **принцип «ротации»**, при котором длительность пребывания в районе боевых действий ограничивалась девятью месяцами и каждый солдат заранее знал о точной «дате ожидаемого возвращения из-за моря», для удобства обозначаемой аббревиатурой DEROS (Date Expected to Return from

Overseas). При этом замена участников боевых действий осуществляется не отдельными военнослужащими, а целыми подразделениями, что позволяет сохранить на все время их боевых действий групповую сплоченность[1].

Особое внимание командиров в боевой обстановке должно быть обращено на недопущение бездействия личного состава. Доказано, что, чем дольше длится такое бездействие, тем хуже оно переносится личным составом и тем больше создается возможностей для развития неблагоприятных психических состояний. Это особенно важно при участии войск в локальных военных конфликтах, характеризующихся чередованием периодов интенсивной боевой деятельности и «мирной» жизнедеятельности

Социальные способы. Как было показано, одной из причин снижения уровня мотивации возникновения негативных психических состояний у участников военных конфликтов является реальная или кажущаяся утрата социально-психологического единства воюющей армии со своим народом. Это явление наблюдалось в контингенте советских войск в Афганистане, в российских частях в Чеченской Республике в 1995-1996 гг., в американской армии во Вьетнаме. Следовательно, важной задачей психологической поддержки участников боевых действий является всемерное укрепление или фиксированное обозначение наличия таковых связей. Опыт такой работы накоплен в некоторых частях ВС РФ. Например, во время боевых действий в Чеченской Республике руководство СибВО постоянно и эффективно использовало эту форму психологической поддержки.

Существовавший воздушный мост между Сибирью и зоной боевых действий в Чеченской Республике интенсивно использовался не только для переброски военных грузов, но и для доставки посылок, почты, подарков воинам от родных, близких и земляков. Регулярно в район боевых действий выезжали концертные бригады, представители общественности. Все это, по

---

[1] Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. М.: Медицина, 2005. С.42.

оценкам участников боевых событий, придавало им уверенность, вселяло надежду в сердца, поднимало боевой дух, положительно влияло на психологический климат в воинских коллективах. Окружная газета «Воин России» с января 1995 г. начала готовить регулярные спецвыпуски для воюющих в Чечне военнослужащих. Рассказы о семьях, публикации фотографий домочадцев, рукописные приветы прямо на газетных полосах не могли не сказаться на настроении и самочувствии воинов.

Коммуникативные способы. Еще более жесткие меры должны быть предприняты для предупреждения эффективного психологического воздействия на военнослужащих со стороны противника и негативно настроенного местного населения. Здесь недостаточны чисто организационные меры (запрещение несанкционированных контактов с населением; изъятие у военнослужащих личных радиоприемников; назначение ответственных за сбор и уничтожение пропагандистских материалов; выявление, подавление и уничтожение средств психологического воздействия и др.). Важная задача состоит в создании и актуализации у военнослужащих интеллектуальных и эмоциональных барьеров, исключающих или существенно снижающих их подверженность информационно-психологическому воздействию противника. Для этого необходимо на ярких и убедительных примерах показывать цели, способы, психологические механизмы и возможные последствия такого воздействия. В данном плане весьма эффективными считаются такие методы групповой психологической работы, как психологические тренинги, обсуждение конкретных ситуаций и др.

Фармакологические способы состоят в усилении и коррекции психологического ресурса участника боевых событий за счет применения лекарственных препаратов, витаминов, лечебных трав и иных препаратов, имеющих психотропный эффект.

Исследования, проведенные в Чечне группой медицинских специалистов, показали высокую эффективность применения ряда

фармакологических средств для повышения боеспособности военнослужащих - препараты сиднокарб и пирацетам, для купирования боевого стресса, острых психотических реакций военнослужащих - феназепам и седуксен, в целях повышения скорости и точности реакций водительского состава - пирроксан, в интересах коррекции астено-депрессивных состояний - сиднокарб, элеутерококк, поливитамины.

Опыт боевых событий в Афганистане, Чеченской республике, Вьетнаме, в зоне Персидского залива и в других регионах мира показывает, что фармакологические средства могут быть использованы в целях повышения активности действий личного состава в условиях опасности и хронического утомления (препараты группы психостимуляторов); снятия чрезмерной психической напряженности (релаксаторы); ускорения процесса адаптации военнослужащих к экстремальным условиям жизнедеятельности, повышения показателей работоспособности отдельных психических функций и др.

Проверенным средством регуляции психической деятельности в обстановке действия психотравмирующих факторов являюся поливитамины «Аснитин», «Аэровит», «Гексавит», «Ревит», «Рибовит», а также психотропные травы: валериана, пустырник, синюха голубая, пион уклоняющийся, мелисса, душица обыкновенная, хмель обыкновенный, вахта трехлистная, фиалка трехцветная, полынь обыкновенная, мята.

Опыт боевых действий практических всех армий и эпох свидетельствует о том, что эффективность боевых действий войск в значительной мере определяется тем, как противоборствующим сторонам удается преодолевать страх.

На современном уровне развития военно-психологической науки для профилактики страха и паники рекомендуются следующие мероприятия[1].

---

[1] Боринг Э. Психология для Вооруженных Сил. Вашингтон: Гарвардский университет, 1943; Краснов П. Душа армии: очерки по военной психологии. Бердин, 1927 // Душа армии / Под ред. А.С. Савинкина. М.: ВУ, 1998; Хаханьян Г.Д. Основы военной

1.Занятие военнослужащих конкретной деятельностью, особенно на этапе подготовки к бою. Опросники, заполненные несколькими сотнями солдат бригады Абрахама Линкольна, - ветеранами гражданской войны в Испании - показали, что 71% из них переживали страх перед битвой и только 15 % - во время самой акции.

Долг начальника - прийти на помощь солдату. Прежде всего нужно занять солдата в бою. Сделать так, чтобы у него пропала мысль об опасности боя. Безделье на всех этапах боя – кратчайший путь к страху и панике.

2. Формирование у военнослужащих четкого представления о противнике, задачах и условиях предстоящего боя, порядке и сигналах взаимодействия, о правилах эффективного применения оружия и боевой техники и т.д. Чем больше солдат знает о неприятеле и ситуации на фронте, тем больше он устойчив к страху, панике и дезинформации.

3. Поддержание строгой дисциплины. По словам выдающегося немецкого военного специалиста Мольтке «армия без дисциплины во всех случаях есть дорогостоящее, для войны негодное и во время мира полное опасности учреждение», а Десборделье подчеркивал, что «дисциплина – это душа армии, от поддержания и точного соблюдения ее зависят судьба войска и успех предприятий… лишь дисциплина может объединить волю каждого в воле начальника, может понудить энергию и храбрость каждой отдельной личности слиться в общем интересе, что обеспечивает порядок и доверие, без которых храбрость и самопожертвование бесполезны». Могучее войско может вырасти только на твердой, устойчивой почве воинской дисциплины.

психологии. М.;Л., 1929; Шумков Г.Е. Психика бойцов во время сражений. СПб, 1905. Вып. I.

Э.П.Утлик считает воинскую дисциплину своеобразным социально-психологическим механизмом регуляции психологии воинского коллектива в боевой обстановке, источником мотивации, синергии, психологической поддержки, важнейшим фактором предупреждения развития страха и паники в войсках.

4. Высокая боевая обученность воинов. В бою под воздействием стресс-факторов боя дольше сохраняются лишь те навыки действий, которые доведены в мирное время до автоматизма.

5. Поддержание среди личного состава спокойствия и самообладания, предупреждение и пресечение панических настроений и слухов. Не только страх, но и самообладание является заразительным. Особенно это касается командира. Если дух начальника подавлен «и он это покажет, если он только проявит свое волнение хотя бы в нескольких указаниях, его сомнения распространятся с чрезвычайной быстротой; они удесятеряются в силе в каждой инстанции командования; приказания становятся все более и более нервными и внизу иерархической лестницы возникает беспорядок»[1].

Паникера необходимо немедленно убрать с глаз других солдат, так как поражение психики бойца является для горячей боевой работы более ощутимой потерей, нежели одиночная смерть бойца, не считая того, что нарушение психики немногих участников боя может расстроить и понизить психику многих других их сотоварищей, вызывая панику[2].

6. Создание условий для развития патриотизма, веры в Бога, справедливость, счастливое будущее, возможность выжить, в то, что боевые товарищи обязательно спасут, не оставят в беде и т.д. Опыт войн показывает, что верующие люди на войне получают огромную моральную поддержку в религии. Но, кроме моральной поддержки, которую дает религия бойцу при переживаемой им опасности, она играет еще и другую великую роль. Война,

---

[1] Краснов П. Душа армии: Очерки по военной психологии. С.152-154; Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Введение в профессию военного психолога. М.: Академия, 2007.
[2] Шумков Г.Е. Психика бойцов во время сражения. С.22.

требующая от людей величайшего самопожертвования и подвига, в то же время выявляет и дурные страсти в людях, усыпленное культурой мирного времени варварство. Несомненно, что религия является задерживающим началом для роста извращений психики войны.

Сегодня уже хорошо понятно, что научить человека победить смерть – самое лучшее средство сделать его равнодушным к страху, «ибо выше всего именно страх смерти, страх неизвестности по ту сторону бытия. Человек цепляется за жизнь, потому что он не знает смерти. Всего неизвестного человек боится. Но если человек уверует в то, что его мыслящее и чувствующее «Я» со смертью не погибнет, - будет ли это «загробная жизнь бесконечная» христианства или Магометов рай, или Буддистское перевоплощение души в новое существо для новой жизни, - все равно эта вера подержит дух во время смертельной опасности и даст мужество смело умереть. Государство, которое отказывается от религии и от воспитания своей молодежи в вере в Бога … будет иметь трусливых солдат и нерешительных начальников … оно будет побеждено людьми, сознательно идущими на смерть, верующими в Бога и бессмертие души»[1].

Вера в справедливость войны также существенно укрепляет морально-психологическое состояние войск, порождает массовый героизм.

7. Развитие представлений о природе страха, о возможностях современной медицины и о статистике потерь на войне.

Когда солдат знает, что страх является естественным состоянием, что его переживают другие люди, в том числе неприятель, ему легче побороть страх.

Командиры, военные психологи должны внушить солдату, что непереносимой боли не бывает, что, «как только боль становится нестерпимой – является спасительное забытье. Объяснить, что зубная боль … гораздо больнее, чем боль при ранении. Рассказать солдату, что та пуля,

---

[1] Краснов П. Душа армии:очерки по военной психологии. С.72.

которая чмокнула в землю или просвистела над ухом, тот снаряд, который разорвался, уже не ранят ... Снаряд, который ранит, пуля, которая ударит – их не услышишь. Рассказать ощущения ранения. Я был ранен – какая боль? Ну, - точно внезапно палкою ударило – все… Совсем не страшно. …Везде, на стрельбище, на учении показывать, как даже в спокойном состоянии духа много пуль летит даром[2].

Важно рассказывать об этом, приводя конкретные, понятные и яркие примеры. Действительно, чтобы уничтожить одного солдата противника, 100 американских спецназовцев, до конца используя дневной рацион боеприпасов в 360 патронов (12 магазинов по 30 патронов к винтовке М16), должны вести огонь по нему 11 суток без перерыва. При этом общий вес израсходованных на одного неприятеля пуль в 45 раз превысит его собственный вес.

В борьбе со страхом и паникой необходимо широкое ознакомление бойцов с достижениями современной медицины, в частности хирургии; обучение бойцов действиям в обстановке опасности; доведение военно-технических навыков до автоматизма; вовлечение воинов в те виды спорта, которые связаны с опасностью, и др.

Солдат, идя в бой, должен быть абсолютно уверен в том, что санитарная служба организована образцово, что в случае ранения он *никогда не будет брошен* и что есть люди, которым вменено в специальную обязанность помочь ему при ранении, вынести его из боя и вылечить. Он должен верить, что об инвалидах войны позаботится государство, что быть инвалидом в этой стране почетно, что инвалид не в тягость обществу, а славное напоминание подвига.

10. Хорошее физическое состояние бойцов противодействует страху. Физически тренированный солдат больше уверен в своих возможностях, меньше боится боли, в меньшей степени подвержен утомлению,

---

[2] Там же. С.78-79.

способствующему развитию страха. Он чаще использует вместо страха гнев. Как известно. гнев и страх имеют реципрокное соотношение, то есть не могут переживаться одновременно. Переживание гнева практически исключает возможность проявления чувства страха.

При всех прочих равных условиях, при одинаковом упорстве и военном искусстве противников, верх одерживает тот, кто оказывается более сильным физически. Кроме того, здоровье обусловливает до некоторой степени и сам боевой дух, упорство воина. По-видимому, срабатывает истина, гласящая: «В здоровом теле – здоровый дух».

Особое внимание командир должен уделять профилактике таких проявлений страха, которые сродни психическим расстройствам (фобиям): «минобоязни», «снайперобоязни», «танкобоязни», «самолетобоязни», «атомобоязнь», «водобоязни» и др.

Непосредственно в ходе боевых действий применяются коммуникативные, организационно-деятельностные и аутогенные способы психологической поддержки.

К *коммуникативным способам* относятся: вербальные - доведение до военнослужащих мобилизующей информации; убеждение по типу: «Мы справлялись и не с такими задачами, справимся и с этой»; внушение по типу: «Ты справишься с этим!»; подкрепление по типу: «Молодец!», «Орел!», «Герой!»; психологическое заражение настроением по типу: «Мужики мы или нет?»; шутки, приказы, угрозы и др.; визуальные - контакт глазами, одобряющая пантомимика и другое; тактильные - прикосновения, пожатие руки, похлопывание по плечу, «встряхивание» и др.; эмоциональные - нахождение рядом с подчиненным в трудную минуту, сопереживание, дружеская улыбка и др.; деятельностные. - личный пример активных и решительных действий, поддержка действиями и огнем, угощение сигаретой, водой и др.

Организационные способы составляют: вывод военнослужащего в безопасное место; ликвидация или блокирование источников травматизации; предупреждение контактов военнослужащих с лицами, подвергшимися деморализации; твердое управление действиями подчиненных; постановка четких задач на продолжение боевых действий по типу: «Рядовой Петров! Противник справа, за горящим автобусом. Уничтожить!» или «Петров! Посмотри на Сидорова. Он делает правильно. Делай, как Сидоров!»; организация целесообразного чередования напряженной деятельности, отдыха, сна, своевременного приема пищи и т.п.[1]

Аутогенные способы психологической поддержки (самопомощь) на сегодняшний день являются наиболее известным, доступным и весьма эффективным средством регуляции психической деятельности. К их числу относят как простейшие приемы саморегуляции (успокаивающее и мобилизующее дыхание; расслабление мышц по контрасту; элементарные формулы самоубеждения, самовнушения, самоприказа, самоподкрепления), так и сложные психорегуляционные комплексы (аутогенная тренировка; самогипноз; медитация; нервно-мышечная релаксация и др.).

Опыт показывает, что иногда события принимают такой драматический характер, когда в пылу боя большое количество военнослужащих утрачивает на время способность целенаправленно управлять своим поведением. Они мгновенно могут выйти из боевого строя, из числа активных бойцов и превратиться в «пушечное мясо». Так, в одном из эпизодов боевых действий мотострелкового полка в г. Грозном в январе 1995 г. личный состав подвергся массированному и ожесточенному огневому воздействию противника. Значительная часть воинов была психически травмирована. «Около 30% оставшихся в живых воинов утратили способность вести

---

1. Захарик С.В. Формирование психологической устойчивости у воинов-десантников к влиянию факторов современного боя (на основе боевых действий в Афганистане): дис. … канд. психол. наук. М., 1993; Караяни А.Г., Сыромятников И.В. Введение в профессию военного психолога. М.: Академия, 2007.

активные боевые действия вследствие полученных психологических травм. У них отмечались подавленность, отрешенность от происходящего, глубокий аутизм, почти полное отсутствие вербального контакта с окружающими. Этих военнослужащих после занятия круговой обороны вынужденно содержали вместе с ранеными и телами убитых под присмотром раненого офицера»[1].

Для экстренной психологической помощи военнослужащим, находящимся в подобном состоянии, отечественные и зарубежные военные психологи рекомендуют **программу экспресс-помощи** (методику «кризисного отношения»). Она предполагает следующие действия:

1.Успокоить пострадавшего путем обращения к нему спокойным, но твердым голосом, с помощью четкой и ясной команды.

2.Обезопасить пострадавшего от поражения огнем и от самого себя (иммобилизовать). При этом может быть применена сила.

3. Собрать максимум информации о причинах психотравмы и составить план оптимальных действий. Так, если военнослужащий только что стал свидетелем гибели боевого товарища, его речь несвязна, он не способен выполнять команды, то он представляет опасность для себя и для окружающих[2]. Отдифференцировать боевую психическую травму от проявления растерянности или трусости: никакие призывы, уговоры, пощечины, угрозы не выводят военнослужащего из состояния дезориентации и лишь могут усугубить последствия травмы.

4. Эвакуировать пострадавшего в пункт психологической помощи и реабилитации (ПППиР) или в медицинское подразделение.

[1] Китаев-Смык Л.А.Стресс войны: фронтовые заметки врача-психолога. М., 2001. С.16.

[2] Макнаб К. Психологическая подготовка подразделений специального назначения. М., 2002. С.74.

5. В ПППиР необходимо обмыть военнослужащего (при нехватке воды – лицо и руки) теплой водой. В идеальном состоянии погрузить его в теплую ванну (бочку; отвести в полевую баню или душ при ПППиР. – *Прим. наше*).

Как вариант – растереть кисти рук и ступни ног шерстяной тканью и разогреть энергичным массажем. (Дело в том, что при сильном стрессе отмечаются локальные сосудистые реакции, связанные с перераспределением кровотока, со спазмом периферических сосудов в отдаленных отделах конечностей. Не случайно при стрессе отмечаются «ледяные руки» и «зябкие ноги». Холодные кисти и стопы при стрессе известны как **синдром «перчаток» и «носков»**. Первоначальное, эволюционно-приспособительное значение этих физиологических реакций было связано с уменьшением риска кровопотери при травмах (при физическом противоборстве первобытного человека с хищным зверем или с себе подобным повреждение именно этих частей тела было наиболее вероятным. – *Прим. наше*).

5. Дать военнослужащему горячее питье и малую дозу успокоительных средств (элениум, феназепам и др.).

При отсутствии необходимых медикаментов можно использовать промедол из шприц-тюбика индивидуальной аптечки или 50-100 мл алкоголя. Возможно сочетание 50 мл алкоголя и 2 мл промедола.

6.Обеспечить пострадавшему сон.

7.После того как военнослужащий проснется, его следует накормить (желательна пища, богатая белком. – *Прим. наше*) и вновь уложить спать на несколько часов.

8.После этого определить степень психотравмы и меры по восстановлению военнослужащего[1].

---

[1] Крахмалев А.В., Кучер А.А. Причины БПТ, ее проявления и первая помощь // Проблемы военной психологии. 2003.С.193-200.

Боевые действия частей Сухопутных войск в Чечне показали, что потребность военнослужащих в психологической поддержке особенно остро ощущается в период с 1-х по 5-е сутки и после 30 суток участия в боевых действиях. Именно в это время отмечалось больше всего потерь среди личного состава и высокой была подверженность воинов психогениям.

5.2. Психологическая реабилитация военнослужащих в ходе боевых действий

В случаях, когда военнослужащие подвергаются психогенным расстройствам, характеризуемым по классификации Ю.А. Александровского как психогенные невротические состояния, требуется осуществление психореабилитационных мероприятий. Показаниями к этому служат симптомы неврастении, истерического и депрессивного неврозов, невроза навязчивых состояний (клаустрофобия, агорафобия, минобоязнь, снайперофобия, фатальная уверенность о своей близкой смерти и др.), сопровождающихся в ряде случаев утратой критического понимания происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

Психологическая реабилитация представляет собой комплекс психофизиологических, психотерапевтических, организационных и медицинских мероприятий, направленных на восстановление нарушенных (утраченных) психических функций и коррекцию социального статуса военнослужащих, получивших боевую психическую травму. В зависимости от глубины психических расстройств военнослужащих она может начинаться как непосредственно в боевой обстановке и продолжаться в стационарных медицинских учреждениях страны.

Основными задачами психологической реабилитации являются: выявление и диагностика психических расстройств у военнослужащих; сортировка военнослужащих по уровню психотравматизации; эвакуация военнослужащих, подвергшихся психотравматизации, с поля боя;

восстановление нарушенных (утраченных) психических функций; коррекция самосознания, самооценки и самочувствия военнослужащих, получивших психические расстройства, физические увечья; оказание помощи военнослужащим в подготовке к хирургическим операциям, в купировании болевых ощущений у раненых; формирование у лиц, подвергшихся боевому стрессу, эффективных моделей поведения в различных ситуациях, навыков саморегуляции психических состояний и др.

На основе опыта оказания психологической помощи в Русской армии в ходе Русско-японской войны (1904-1905), практики психологической реабилитации участников боевых действий в Первой и Второй мировой войнах, а также войны в Корее сформировался «прагматический подход Сальмона–Гласса», ставший стандартом оказания помощи при боевой психической травме. Этот подход обозначается мнемонической аббревиатурой «BICEPS», расшифровывающейся как: Brief (краткосрочность), Immediate (незамедлительность), Central (централизованность), Expectant (выжидательность), Proximal (приближенность), Simple (простота).

Принцип краткосрочности ориентирует на завершение помощи воинам в течение 12-72 часов.

Принцип незамедлительности предполагает незамедлительное начало реабилитации сразу после обнаружения у него психологических проблем.

Принцип централизованности требует осуществлять реабилитацию в отдельном месте (отдельно от терапевтических и хирургических пациентов).

Принцип выжидания заключается в том, что пострадавший рассматривается как человек, который пережидает неблагоприятную ситуацию и при первой возможности вернется в боевой строй.

Принцип приближенности означает максимальную приближенность органов психологической реабилитации к подразделениям, в которых служат пострадавшие.

Принцип простоты требует применения простых и эффективных методов психологической помощи, которые можно реализовывать незамедлительно, вблизи к линии фронта, по отношению к лицам, которые не признаются пациентами[1].

Наиболее широкое применение в практике психологической реабилитации военнослужащих нашей и многих зарубежных армий находят следующие **способы**: физиологические (глубокий сон, отдых, качественная, насыщенная белком пища, обильное питье, душ, полевая баня); аутогенные (выполнение приемов психической саморегуляции, аутотренинг, медитация и др.); медикаментозные (седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, ноотропы, актопротекторы, психостимуляторы, фитотерапия, витаминотерапия и др.); организационные (установление четкого режима работы и отдыха, вовлечение военнослужащих в активную боевую учебу, несение службы, сохранение военной формы одежды); психотерапевтические (психологические дебрифинги, индивидуальная и групповая рациональная психотерапия, музыко-, библио-, имаго-, арт-, натуротерапия).

Изучение отечественного и зарубежного опыта психологической помощи участникам боевых действий позволяет **представить ее принципиальную схему:**

1. В боевой обстановке все военнослужащие, которые в ходе экспресс-диагностики относятся к категории психогенных потерь, направляются командирами в батальонные медицинские пункты, медицинский пункт полка, пункт психологической помощи и реабилитации для оказания психологической помощи.

2. После боя целесообразно проводить «послебоевой строевой смотр», одной из задач которого считать выявление психотравмированных военнослужащих и направление их в ПППиР.

---

[1] Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. С.376.

3.В каждом подразделении, принимавшем участие в боевых действиях в пределах 48 часов, командир должен проводить психологический дебрифинг - завершающий разбор боевых действий (after-action debriefing).

Решением данных задач достигаются две главные цели: 1) как можно в более короткие сроки *вернуть пострадавших в боевой строй и 2) предотвратить развитие у них посттравматического стрессового расстройства.*

Ясно, что командиры подразделений способны выполнить лишь простейшие процедуры психодиагностики и психологической помощи подчиненным. Что же касается психологической реабилитации, то само ее определение говорит о том, что для ее осуществления уже в зоне боевых действий требуются специалисты психологического профиля.

Таким образом, психологическая помощь военнослужащим в ходе боевых действий войск представляет собой процесс непрерывного мониторинга (отслеживание, выявление, анализ и оценка) психологических условий выполнения боевых задач, осуществления психологической поддержки военнослужащих и проведения психологической реабилитации с лицами, подвергшимися травмирующему воздействию психогенных факторов боя. Для ее осуществления разработаны соответствующие алгоритмы, схемы, технологии и методы, апробированные в ходе военных конфликтов и войн.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. - М.: Медицина, 1991.
2. Караяни А.Г., Сыромятников И.В.Прикладная военная психология. - М.: Питер, 2007.
3. Китаев-Смык Л.А.Стресс войны: фронтовые заметки врача-психолога. - М., 2001.

4. Краснов П. Душа армии. Очерки по военной психологии. - Берлин, 1927// Душа армии / Под ред. А.С. Савинкина. - М.: ВУ, 1998.
5. Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М. Боевая психическая травма. - М.: Медицина, 2005.
6. Макнаб К. Психологическая подготовка подразделений специального назначения. - М., 2002.

Глава 6
ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ ПСИХОЛОГА В УСЛОВИЯХ ТЕРРОРИСТИЧЕСКОГО АКТА

6.1. Общие подходы к психологической помощи лицам, пострадавшим в террористическом акте

В последние годы террористические акты, к сожалению, становятся чуть ли необыденным явлением общественной жизни. В процесс теракта часто втягивается большое количество людей, которые в последующем нуждаются в квалифицированной психологической помощи.

Изучение специалистами переживаний лиц, являвшихися заложниками, позволил выделить своеобразные *стадии реагирования* на перенесенный стресс. Вначале у многих возникает реакция отрицания. Люди, попавшие в ситуацию насилия, не могут поверить, что это произошло именно с ними. Возникает состояние оцепенения, растерянности. В дальнейшем часто наблюдается гиперактивность, агрессия. При этом агрессия и гнев могут быть направлены на самих себя, проявляясь в виде самоупреков, чувства вины («вот дура, зачем же я купила этот билет на спектакль»), на других - на родственников, террористов, властные структуры, весь окружающий мир. Затем развивается депрессивное состояние, сопровождающееся нарушением сна, чувством страха, вины выжившего и т.д. При этом особенности реагирования различаются и зависят от особенностей психотипа личности.

Е.Д. Крастелева, В.И. Есаулов[20] предлагают разделить работу психолога при захвате заложников на три этапа:

Первый этап - работа с родственниками заложников. Этап длится с момента захвата до освобождения заложников. Целью являются

---

[20] Крастелева Е.Д., Есаулов В.И. К психологической помощи пострадавшим при теракте // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. М.: ПИ РАО, 2007.С.260-263.

психологическая помощь и поддержка, вселение надежды на успешное завершение ситуации.

Второй этап - работа с заложниками и родственниками пострадавших от теракта. Этап начинается с освобождения заложников. Основная цель — снятие стрессового напряжения, психологического шока.

Третий этап — продолжение работы с пострадавшими (заложники, родственники погибших) в течение первого года после теракта. Основная цель - оказание регулярной и длительной поддерживающей психологической помощи.

Психологическая помощь на *первом этапе* направляется на то, чтобы не допустить индукции неуправляемых панических настроений среди родственников и близких заложников. Многие из родственников некоторое время и растеряны, и деморализованы. Они не способны самостоятельно справиться с внезапным шоковым событием. Им требуется посторонняя помощь и поддержка, доходчивая информация о происходящем и четкие инструкции о действиях.

Психолог должен наладить контакт с родственниками заложников, по возможности доступно объяснить целесообразность обращения за психологической помощью в настоящий момент. Для установления контакта с родственниками заложников психологу необходимы: умение сохранять присутствие духа и уверенности; навыки наблюдения и калибровки состояния; умение быстро устанавливать и поддерживать невербальный и вербальный контакт с собеседником; «держать контакт глазами», иметь навыки оказания кризисной психологической помощи жертвам ЧС. Нахождение психолога среди родственников через некоторое время делает его «своим», узнаваемым и создает возможность в дальнейшем обращаться к нему за помощью.

Е.Д. Крастелева, В.И. Есаулов отмечают динамику отношения родственников заложников к психологу и психологической помощи. Первое время внезапный стресс мобилизует, часто порождает выраженные и бурные

аффективные реакции или острый психологический ступор у родственников заложников, и большая часть из них редко обращается за помощью к психологу.

При продолжительном воздействии стресса у многих родственников наблюдаются усиление деморализации и растерянности, истощаются адаптационные возможности, отмечается ухудшение соматического состояния (вегетативные кризы с перепадами артериального давления, боли в сердце и т.п.).

Р.Д. Тукаев[1] показывает, что клинико-диагностической областью оказания помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах, согласно МКБ-10, является острая реакция на стресс (Р43.00) легкой (Р43.00), средней тяжести (Р43.01) и тяжелая (Р43.02) (включая диссоциативный ступор (Р44.2)).

Острая реакция на стресс характеризуется симптомами, сформированными в группы А и Б.

Группа А включает три подгруппы симптомов. *К первой многосоставной подгруппе* относятся: тахикардия; профузное потоотделение; тремор; сухость во рту; одышка, чувство удушья; боль или неприятное ощущение в груди; тошнота или желудочно-кишечный дискомфорт; головокружение или слабость; симптомы деперсонализации или дереализации; страх потери контроля над поведением; страх умереть; приливы жара, холода и др. *Вторая подгруппа* характеризуется отчетливым эмоциональным дискомфортом вследствие симптомов тревоги и избегающего поведения, осознаваемого как нерациональное и неадекватное.

[1] Тукаев Р.Д. Позиция психотерапевта в первой помощи родственникам погибших в терактах и техногенных катастрофах // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. С.206-210.

Третья подгруппа ограничивает наличествующую симптоматику полностью или преимущественно стрессовой ситуацией.

Группа Б включает следующие симптомы: отказ от ожидаемого социального взаимодействия; сужение внимания; явная дезориентировка; гнев или вербальная агрессия; отчаяние или безнадежность; неадекватная, бессмысленная гиперактивность; неконтролируемая грусть, тоска.

Легкая острая реакция на стресс (Р43.00) ограничивается симптомами группы А. Острая реакция на стресс средней тяжести (Р43.01) включает симптомы группы А и не менее двух симптомов группы Б. Тяжелая острая реакция на стресс (Р43.02) включает симптомы группы А и не менее четырех симптомов группы Б.

Следует учесть, что развитие острой реакции на стресс может вызвать внезапное обострение имеющихся соматических, неврологических и иных заболеваний. Поэтому общими целями оказания медико-психотерапевтической помощи родственникам погибших в терактах и катастрофах является купирование острой реакции на стресс и превенция ПТСР, а также превенция и купирование об-условленных стрессом обострений и развития острых соматических, неврологических заболеваний.

В связи с ухудшением состояния родственники начинают бессознательно искать человека, которому они могли бы довериться и получить помощь. В этот период уже значительно частыми могут быть обращения к психологу, выдержавшему вместе с остальными ожидание и напряжение первых часов и сохранившему при этом присутствие духа и профессиональные навыки. Психолог при этом может оказывать ресурсную поддержку, вселять веру в позитивный исход событий, пользуясь суггестивными приемами.

В момент штурма психологу необходимо помочь избежать массовой паники, действовать максимально директивно, способствовать снижению напряжения толпы.

На *втором этапе* (после завершения штурма и освобождения заложников) усилия психолога в основном направляются на оптимизацию самочувствия выживших жертв теракта, попавших в госпитальные учреждения, и продолжение работы с родственниками пострадавших.

Специалисты отмечают, что более чем у половины лиц, переживших ЧС и попавших затем в больницы, наблюдаются регрессивные тенденции, при которых поведение носит ярко выраженный характер «бегства в детство». Это проявляется в виде беспомощности, минимализации собственной активности, подчиняемости и нежелании принимать самостоятельные решения, поиске заботливой фигуры «покровителя».

Данное защитное регрессивное поведение иногда становится избыточным для части санитарок и медсестер отделения, не понимающих причин «распускать нюни» у внешне крепких и не пострадавших физически людей. Психологам необходимо разъяснять медперсоналу особенности временного реагирования на перенесенный острый стресс, связанный с угрозой для жизни.

Эффективным методом работы с заложниками в первые дни после освобождения является психологический дебрифинг. ориентированный на разъяснение необходимости отреагирования на имеющиеся сдерживаемые эмоции, поощрение пострадавших делиться с психологом перенесенными страданиями. Психолог объясняет, что в подобных ситуациях нормальными являются чувство страха, ощущение беспомощности, тоска, вина, стыд, гнев и другие «неприличные» чувства, которые обычно скрываются от других, и нужно не «держать их в себе», а, наоборот, проговорить их и отреагировать на них.

С помощью психотерапевтических методов внимание пострадавших фокусируется на приятных ресурсных воспоминаниях, успешном опыте преодоления трудностей и жизненных невзгод, поощряется планирование конкретных действий после выписки из больницы.

На третьем этапе, продолжающемся в течение первого года с момента теракта, должна проводиться планомерная работа психолога для предупреждения развития посттравматического стрессового расстройства и разнообразных психосоматических осложнений после перенесенного травматического опыта.

А. И. Аппенинский, Ю.П. Бойко, Н.Е. Кыров, Д. К. Некрасов[1] выделяют этапы специализированной помощи пострадавшим при ЧС по месту реализации ее основных задач:

1-й этап — непосредственно в зоне ЧС, в местах сбора и временного размещения пострадавших и населения — экстренное (на месте) оказание первичной помощи пострадавшим, населению и персоналу служб, принимающих участие в ликвидации последствий НШ и ЧС; участие в медицинской сортировке для выявления нуждающихся в данном виде помощи в амбулаторных или стационарных условиях. Сроки помощи на данном этапе определяются сроками ликвидации последствий ЧС.

2-й этап — в амбулаторных лечебно-профилактических учреждениях, расположенных вблизи зоны ЧС, в больницах, принявших пострадавших для стационарного лечения, — выявление у пострадавших психических расстройств, причинно связанных с воздействием факторов ЧС, их диагностика и лечение; ранняя профилактика социальной и социально-психологической дезадаптации пострадавших. Продолжительность этапа определяется сроками выписки пострадавших из стационаров, в амбулаторных учреждениях — сроками достижения терапевтического результата.

3-й этап — в поликлиниках по месту жительства пострадавших и в учреждениях психологической помощи; в более отдаленном периоде -

[1] Аппенинский А. И., Бойко Ю.П., Кыров Н.Е., Некрасов Д.К. Система психотерапии и медико-психологической помощи при ЧС в г. Москве на современном этапе // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. С.164-166.

профилактика возможных обострений и оказание пострадавшим специализированной помощи как по обращаемости, так и на основе активного предложения им этой помощи, а также профилактика социальной и социально-психологической дезадаптации пострадавших.

6.2. Организация психологической помощи в районе террористического акта

Оказание психологической помощи в экстремальной ситуации во многом зависит от ее особенностей. Это показали М.А. Арзуманян, С. А. Долгов[1] на примере психологической работы с лицами, пострадавшими в ходе терактов в г. Каспийске (май 2002 г.) и захвата заложников в г. Москве (октябрь 2002 г.) Одним из наиболее важных моментов, определяющих взаимодействие психотерапевта (или психолога) и пациента, является пассивный или активный характер помощи. Каждый из этих двух подходов имеет свои преимущества и недостатки.

При **активной стратегии** оказания помощи инициатором взаимодействия является психотерапевт, которому удается в короткие сроки выявить и оказать помощь сравнительно большему числу нуждающихся. Однако подобный контакт, хотя и осуществляется с согласия пациента, накладывает существенные ограничения на используемые методы психотерапии. Такие ограничения в основном связаны с достаточно низкой мотивацией пострадавших к получению психотерапевтической помощи. Это диктует необходимость убеждения пациента в том, что его состояние расценивается психотерапевтом как нормальный ответ психики на

---

[1] Арзуманян М.А., Долгов С.А. Два подхода к психотерапевтической помощи пострадавшим от теракта // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. С.234-237.

сложившиеся обстоятельства, что к пациенту относятся как к нормальному человеку. Помощь ограничивается рамками беседы (как наиболее приближенной к принятому в обществе взаимодействию). Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этом случае, как показал опыт, является когнитивная психотерапия, иногда с элементами суггестивных включений.

При **пассивном подходе** к оказанию помощи пострадавшие сами обращаются за психотерапевтической и психологической помощью. Условия для такого подхода складываются в более отдаленные сроки на фоне обеспечения пострадавших необходимой информацией о возможности и желательности их обращения за специализированной помощью. За время, прошедшее после получения травмы, пациент успевает осознать изменения своего состояния и прийти к пониманию необходимости получения помощи. Это позволяет осуществить отбор пациентов с относительно большей заинтересованностью в получении помощи и определяет большую свободу в выборе используемого метода психотерапии.

М.А. Арзуманян, С. А. Долгов выделяют наиболее значимые тенденции, определяющие специфику двух рассматриваемых категорий пациентов. В *группе активно выявленных пациентов* преобладают картины растерянности, неустойчивого эмоционального состояния от легкого возбуждения или стертой астенодепрессивной симптоматики до бурных эмоциональных и вегетативных реакций, укладывающихся в описание острой реакции на стресс . В *группе самоопределившихся пациентов* психические расстройства скорее приближаются к невротическому полюсу, в наиболее ярких случаях представлены в виде тревожно-депрессивных состояний с навязчивыми воспоминаниями психотравмирующей ситуации, что приближается к картине реакций адаптации со смешанным нарушением эмоций.

Активный расспрос, внимательное выслушивание и проговаривание наиболее неприятных переживаний позволяет уменьшить аффективное напряжение и активизировать целенаправленную деятельность

пострадавших. Когнитивный подход сочетается с рекомендациями выполнения упражнений на релаксацию, использование элементов аутогенной тренировки.

Специалистами, оказывавшими психологическую помощь пострадавшим в ходе теракта в г. Каспийске, использовалась модификация когнитивной психотерапии, рассчитанной на достижение положительного эффекта в кратчайшие сроки (от одного до нескольких дней). Пациенту предлагалось расслабиться, закрыть глаза и представить такое место, где он хотел бы сейчас оказаться, чтобы почувствовать себя как можно спокойнее. Это могли быть поляна, берег реки или моря, горы, «святые места». С тем чтобы не допустить потери контакта, пациенту предлагалось самостоятельно описать то место, которое удается представить. Уже на первом сеансе, в случае легкого появления визуализаций, эмоционально положительно заряженные образы зачастую перекрывались негативными ассоциациями. На «картинке» могла портиться погода, спонтанно возникали образы погибших и т.д. Таким образом, происходила драматизация, которая в классическом варианте символодрамы должна осуществляться только на втором этапе терапии. На фоне представления образов широко использовались такие лечебные факторы, как убеждение, внушение, эмоциональная поддержка, дыхательные упражнения и релаксация. При благоприятном стечении обстоятельств, когда удавалось добиться положительной динамики образа (улучшение погоды, нахождение источника чистой воды, прощание с погибшим), происходило адекватное улучшение состояния пострадавшего. По сути, данный прием приближается к техникам НЛП по наложению контрастных представлений. Приобретенные во время сеанса навыки рекомендовалось закреплять при самостоятельных упражнениях по типу

аутогенной тренировки в сочетании с приемом успокоительных (чаще транквилизаторов)[1].

Таким образом, рассматривая различные методики оказания экстренной психотерапевтической помощи, необходимо учитывать конкретные условия, в которых эта помощь осуществляется. Как следует из приведенных данных, большое значение в развитии психотерапевтического контакта имеет определение того, кто является его инициатором. Несомненно, выбор психотерапевтического метода также должен зависеть и от ряда других факторов (напри мер, культуральные особенности населения, имеющаяся структура психотерапевтической помощи, обеспечение преемственности при ее оказании), каждый из которых заслуживает отдельного рассмотрения.

В.С.Мухина[1] подчеркивает, что террористические акты и катастрофы показали невозможность оказания реальной психологической помощи жертвам в условиях общего хаоса без включения ее в *организацию системы ликвидации последствий масштабных катастроф.* Ею обосновывается своеобразный алгоритм подготовки группы психологической экспресс-помощи в чрезвычайных ситуациях.

При формировании групп психологической экспресс-помощи предусматривается следующее:

1. *Все члены группы должны быть профессионалами* в области возрастной психологии и психологии поведения человека в чрезвычайных ситуациях как в теории, так и на практике.

2. *Участники группы обязательно должны быть эмпатийными людьми.*

---

[1] Арзуманян М.А., Долгов С. А. Два подхода к психотерапевтической помощи пострадавшим от теракта // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. С.234-237.

[1] Мухина В.С. Психологическая экспресс-помощь в чрезвычайных ситуациях масштабных катастроф // Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. 2007.

3. *Члены группы обязательно должны быть как физически, так и психически выносливы.*

4. *Мотивация участия в психологической экспресс-помощи должна быть исключительно профессиональной.* Мотив помощи людям, пережившим чрезвычайную ситуацию, пережившим горе утраты, - естественный мотив, свойственный нормально социализированному и нравственному человеку. Профессионал должен осознавать, что при оказании помощи он будет действовать в заданной ситуации, часто непредсказуемой. Ему необходимо психологически включиться в ситуацию экспресс-помощи. Мысли и чувства психолога должны быть сосредоточены на людях, которым оказывается помощь, на их проблемах и состояниях.

Собственные амбиции, как профессиональные, так и иного рода, во время работы с жертвами чрезвычайных ситуаций не должны мешать исполнению взятых на себя обязательств.

5. *Для эффективной работы группы важно, чтобы каждый ее член придерживался общих правил и не был индивидуалистом.* В установленное руководителем время каждому необходимо делиться своими достижениями и обсуждать неудачи. *Для эффективной работы группы важны общие вечерние рефлексии:* разбор сложных случаев, их анализ и обсуждение.

6. *Руководитель отвечает за общую стратегию оказания экспресс-помощи и тактику, ежедневно решая общие и ситуативные проблемы.* При формировании группы важны две позиции: с одной стороны, изначально руководитель берет ответственность за состав участников на себя, с другой — каждый член группы сотрудничает с руководителем и одновременно берет ответственность на себя за свои действия.

7. Группа формируется, исходя из ряда рациональных требований. Помимо профессиональных качеств практикующего психолога, *важно правильно выстроить возрастной, гендерный и типологический состав группы.* Руководитель должен быть ориентирован в особенностях

физического и психического здоровья и выносливости каждого члена группы.

По опыту В.С. Мухиной, в арсенале сформированной группы психологической экспресс-помощи должен быть *стимульный материал* для работы с жертвами чрезвычайных ситуаций - набор предметов, которые могут быть использованы в случае экстренной эвакуации в места чрезвычайных масштабных катастроф, несущих в себе побуждения к определенным культурно-исторически заложенным в них действиям. Стимульный материал должен быть ориентирован на все возрастные категории, гендерные особенности жертв, на их этнические ценностные ориентации.

Предметы как бы сами побуждают своим присутствием к тому, чтобы ребенок и взрослый начали действовать с ними по их функциональному назначению, - это игрушки, простые орудия (иголки, ножницы, ножи) и предметы быта (чашка, блюдце, ложечка и т.п.). В.С. Мухиной была разработана концепция кейсов ПЭПО (психологической экспресс-помощи). Кейсы использовались в Армении (Спитакское землетрясение 1988 г.), а также в г. Петропавловске-Камчатском в 1989 г., когда группа психологов была приглашена в целях подготовки практических психологов для оказания помощи в случае прогнозируемого тогда землетрясения.

Психолог должен быть вооружен средствами, содействующими установлению отношений и взаимопониманию с пострадавшими от чрезвычайных обстоятельств, — это *игрушки, материалы для включения в орудийную деятельность, в так называемые продуктивные виды деятельности, в разного рода арттерапии* и др. Желательно, чтобы комплекты стимульных материалов были ориентированы на разные возрасты, на гендерные особенности жертвы, а также на особенности менталитета той этнической группы, на территории которой осуществляется психологическая экспресс-помощь.

Таким образом, психологические последствия участия людей в террористических актах в качестве жертв и пострадавших имеют особенности и требуют специфического подхода к организации психологической помощи пострадавшим на конкретных этапах с соблюдением конкретных подходов и использованием соответствующих средств.

Литература

1. Психология экстремальных ситуаций / под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. - М.: ПИ РАО, 2007.

Глава 7
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ В СОСТОЯНИИ БОЛЕЗНИ, ОСТРОГО ГОРЯ И ПЕРЕЖИВШИМ УТРАТУ

7.1. Психология болезни, умирания и острого горя

К месту будет вспомнить известное философское изречение И.Ялома: «Смерть заставляет человека по настоящему ценить жизнь»[21].

Каждый человек не вечен. Рано или поздно в связи с различного рода болезнями у человека наступает психологический кризис, который затрагивает или изменяет течение его жизни.

Знания о психологии болезни особенно важны и актуальны для консультантов, поскольку они наряду с общим использованием активного слушания применяют и другие консультативные процедуры, направленные на поддержку тяжелобольного.

Субъективно человек воспринимает болезнь на уровне следующих компонентов: *сенсорного* - восприятия боли или других нарушений; *эмоционального* - переживания по поводу случившегося с разнообразным спектром эмоций - от страха до надежды*; волевого* - необходимости справиться с болезнью*; рационального* - знания о болезни и ее оценки.

В жизни имеется место и для случаев, когда у больного может возникать амбивалентное отношение к болезни, проявляющееся в сопротивлении улучшению состояния здоровья. При этом больной, с одной стороны, пытается избегнуть зависти окружающих по поводу положительных сторон своей жизни, с другой - вселяет в себя уверенность в том, что самостоятельно справится с недугом. В клинической психологии данное явление получило название «боязнь выздоровления». Используемый при этом механизм бегства направлен на получение определенной пользы, в частности

---

[21] Ялом И. Экзистенциальная психотерапия: Пер. с англ. М.: Класс, 1999. С.67.

защиты собственного достоинства. Описываемый процесс протекает на явно выраженном невротическом фоне, что порой не только не способствует выздоровлению, но и вовлекает в данную проблему окружающих, порой самых близких и родных. В подобных ситуациях болезнь возводится в культ. Немало пожилых людей с воодушевлением обсуждают свои телесные ощущения и переживания, возникающие по этому поводу. Чем чаще болеет человек, тем больше его потребность завоевывать этим признательность или восхищение других.

Однако, несмотря на амбивалентность, в большинстве случаев отношение к болезни бывает достаточно определенным: *адекватным,* соответствующим состоянию*;* *пренебрежительным,* когда серьезность заболевания недооценивается*; отрицающим,* когда связанные с заболеванием мысли и факты отвергаются*; фобическим* - при переоценке серьезности болезни *и одобряющим,* когда она связывается преимущественно с положительными переживаниями, например с возможностью получить материальные или иные выгоды.

Немало трудностей имеется в процедуре психологического консультирования клиентов, страдающих неизлечимым заболеванием или умирающих.

Психологические феномены, возникающие при умирании, впервые были описаны *Элизабет Кюблер-Росс,* известным в США специалистом в области танатологии[22].

1. **Отрицание -** «Нет, не я!». Человек, узнавший о своем неизлечимом заболевании или инвалидности, настойчиво отвергает неизбежность случившегося, близкого фатального конца. Это естественная психологическая защита: ведь болезнь и инвалидность требуют существенного, часто кардинального изменения жизненного стереотипа. Поэтому иногда отрицается даже сам факт существования болезни: «Это не могло случиться со мной, это ошибка, наверное, вы говорите о ком-то другом. Еще раз проверьте

[22] Кюблер-Росс Э. Весной она вернется // Жизнь после смерти: М.: Олимп, 1990. С. 57-64.

анализы». Отрицание является наиболее мощной защитой из всех последующих, дающей время собраться с силами и принять печальную реальность. Как любая защита, отрицание способствует адаптации человека, устраняя из его сознания психотравмирующую ситуацию. Однако, обладая ограниченным потенциалом, при длительном существовании отрицание вызывает признаки невроза.

Важно как можно быстрее перейти от отрицания к признанию того, что неизбежно, чтобы перестать бояться смерти. Существует укоренившийся стереотип - «бороться со смертью до конца»; однако в действительности человеку необходимо принять смерть на духовном уровне, что существенно облегчит его страдания.

Если консультант беседует с клиентом, отрицающим факт болезни или инвалидности, то наиболее эффективным приемом является активное слушание с демонстрированием заинтересованности, поддержки стремления клиента к рассказу, его понимание, хотя собеседник и не осознает случившегося. Не стоит активно вмешиваться, так как в консультативной беседе возможности ускорить осознание невелики. Вместо сосредоточения на понимании ситуации следует предложить собеседнику открытое принятие и исследование мыслей и чувств.

2. **Гнев.** Человек, понимающий, что его сразила болезнь, изменившая пусть даже на время его жизнь, привычки, увлечения, отдалившая от него друзей и привычное окружение, раньше или позже (каждый со своей скоростью и силой) начинает переживать гнев. Это негодование на несправедливость судьбы может переходить в явную агрессию в адрес окружающих. Гнев и враждебность также являются нормальным этапом переживания болезни.

Болеющего мучит вопрос: «Почему именно я?». Не найдя на него ответа, он бывает склонен к раздражению, гневу и ярости или зависти. Они на время защищают человека.

В случае встречи с данными реакциями консультант должен приложить силы к тому, чтобы принять их, воздерживаясь от искушения осудить или наказать собеседника собственным возмущением.

3. **Сделка, торг.** Если эмоциональные ресурсы истощаются, то человек начинает прибегать к сделкам. Эти попытки сделок длятся некоторое время, незаметно оттягивая момент исполнения приговора. Они являются вполне естественными реакциями, помогая человеку смириться с реальностью болезни или заканчивающейся жизни. Болезнь прогрессирует и истощает. Силы, истраченные на отрицание и гнев, не восстанавливаются, поэтому жизненный горизонт резко сужается. Больной может стать общительным или доверительным, ожидая за хорошее поведение вознаграждения - избавления от болезни или продления жизни. Он вступает в переговоры за продление своей жизни, начинает выторговывать поблажки у окружающих, обещает, например, строго соблюдать диету, быть послушным, стать верующим. Больной часто делает ставкой в сделке собственную жизнь: «Если меня вылечат, я никогда не буду обманывать», «Давайте бросим на картах, если выпадет (масть), я останусь жив, если нет, то...» Сужение жизненного горизонта приводит к тому, что ставка в этих сделках с течением времени становится все меньше и они касаются все более ограниченных целей: «Если я брошу курить, вы мне поможете остаться в живых?».

Беседуя с человеком, следует помнить, что предлагаемую сделку надо принять и быть не только слушателем, но и активным собеседником, обсуждая возможные варианты. Этот подход, хотя и может показаться игрой, в конкретной ситуации для тяжело больного оказывается долгожданным утешением, а остающемуся в живых позволит предпринять шаги к принятию новой реальности и интеграции с ней. Нет смысла обсуждать темы, находящиеся за пределами суженного сознания больного, — это вызывает лишь непонимание и усталость. Следует избегать искушения обсуждать «детскость» сделок: к ним стоит подходить тем ответственнее, чем серьезнее является состояние собеседника.

4. Депрессия (горе, печаль). Когда сделки не приносят желаемого изменения к лучшему, а сил становится все меньше, неизбежно возникает депрессия. Окружающее кажется мрачным, человек чувствует себя незащищенным, теряет интерес к жизни и становится малообщительным, превращаясь в пророка своей собственной обреченности. Больной замыкается в себе, никому не задает вопросов, плачет, обижается на окружающих.

Но и в депрессии, являющейся естественной, по мнению Э.Кюблер-Росс, есть своя положительная сторона: больной оказывается в состоянии принять страшную цену смерти и подготовиться к расставанию со всем тем, что любит. Если для болеющего главным в это время становится переживание потери части тела или важной функции, то депрессия проявляется в его меланхолическом настроении, сильном чувстве обиды или вины. Преждевременная скорбь больного по поводу утраты семьи, друзей, жизни и будущего свидетельствует о приближении факта принятия реальности.

Беседовать с человеком в депрессии очень трудно. Его не следует чрезмерно ободрять, что выглядит неуместным, противоречит реальности печальных обстоятельств и лишает законного права страдать. Консультанту очень важно быть с человеком все то время, которое требуется, поскольку ничто так не травмирует в депрессии, как утрата значимых отношений. Даже молчаливое присутствие в диалоге вызывает благотворные перемены, напоминая о душевном комфорте и эмоциональной теплоте. Его фразы должны быть простыми, понятными и краткими, но обязательно заботливыми и понимающими. Если больным интересуются «третьи лица», то их, несомненно, следует побудить к посещению близкого человека и проведению времени с ним.

5. **Принятие.** На этом этапе человек, горюя о потере, начинает думать о грядущих фатальных последствиях с каким-то тихим ожиданием, близким к смирению: «Я прожил полную и завершенную жизнь. Теперь я могу

спокойно умереть». В принятии реальности, когда больной смиряется со сложившимся положением дел, по мнению А.Маслоу, проявляется самоактуализация человека. Принимая неизбежное, многие напоминают обреченных, подчинившихся приговору.

Другие кажутся нашедшими мир и спокойствие. Они теряют интерес к окружающему, уходят в себя и отдаются неизбежному. Э.Кюблер-Росс считает, что эту стадию переживают не более 2% людей, поэтому для практики консультирования этот этап имеет меньшее значение, однако принявших стоит воспринимать не как сдавшихся в борьбе, а как спокойно и достойно приготовившихся к фатальному исходу.

Иногда в консультировании встречается еще один аспект умирания - проблема «жизни после смерти». Его обсуждение обычно возникает не с находящимися в кризисном состоянии, а с клиентами, интересующимися недостаточно исследованными аспектами человеческой жизни. Сам по себе интерес к проблематике «жизни после смерти» заслуживает внимания. Когда человек удовлетворяет этот интерес не обычными познавательными путями, а обращением в службу психологической помощи, он чаще всего ищет таким способом ответ на какой-то другой, более глубокий и личностно-значимый вопрос. Стереотипы обыденного сознания в отношении этой проблемы не менее противоречивы, чем сама проблема, и то, на каком из стереотипов и как задерживается обратившийся клиент, нередко может многое рассказать о его более глубокой проблеме.

В рассматриваемом случае важно не способствовать распространению стереотипов обыденного сознания. В подобных ситуациях необходимо прибегать к наиболее зарекомендовавшим себя приемам: поощряйте мысли об уходе, а не о смерти; побуждайте задуматься (вспомнить) об успехах, жизненных достижениях; просите, чтобы больной рассказал о различных эпизодах своей жизни; разговаривайте с человеком как можно больше; не оставляйте человека одного, если он нуждается в поддержке, хочет поговорить; осуществите несбывшиеся желания человека

(проигрывание в воображении до мельчайших подробностей ситуации, которая так и не реализовалась); если человек еще достаточно активен, не старайтесь ограждать его от повседневных забот, напротив, помогите составить план дел, которые бы хотел он сделать; найдите ресурс (занятие, мысли, воспоминания, незаконченное дело) человека, который поможет ему прожить остаток жизни без душевных терзаний.

Консультантам имеет смысл помнить о некоторых важных ограничениях в беседах на темы болезни и смерти:

- не следует прибегать к пустым фразам, они свидетельствуют о равнодушии, незаинтересованности и нежелании доверительного общения, страхе или смущении;
- не следует детализировать факты болезни или обсуждать диагноз, это находится вне сферы компетенции консультанта;
- при обсуждении важно избегать бытовых штампов, которые снижают и без того низкую самооценку больного;
- поучения и наставления снижают ценность консультирования, убеждения и/или уговоры оказываются малоэффективными;
- советы часто вызывают негативное отношение и чаще всего являются бесполезными.

Актуальность вопросов психологии *острого горя* (утраты) состоит в том, что жизнь без утрат невозможна и переживание связанного с ними горя является универсальным опытом человека, осознавая который он становится способным понимать утраты других. К утратам, помимо смерти, относятся длительная разлука, прекращение отношений со значимыми людьми. Утраты бывают социальными (утрата работы или учебы), психическими и физическими (утрата соответствующих способностей или возможностей), духовными или материальными.

У детей, например, утрата животных или вещей часто приводит к горю. Для создания позитивных перемен в состоянии человека необходимы умения

и знания психологии горя. Не случайно, когда знаменитый советский психолог А.Н.Леонтьев спросил у философа М.Мамардашвили: «С чего начинается человек?», тот, не задумываясь, ответил: «С плача по умершему»[23].

Горе рассматривается психологами с психоаналитических, когнитивных или феноменологических позиций. З.Фрейд относил его истоки к ранней оральной стадии, когда ребенок является наиболее зависимым и беспомощным, в силу чего малейшая утрата, обычно связанная с матерью, вызывает витальный кризис. В 1919 г. он писал: «Едва ли существует какая-либо иная область, где мышление и наши чувства с незапамятных времен изменились столь мало, а древнее под тонкими покровами сохранилось так хорошо, как в нашем отношении к смерти»[24].

Согласно *К.Абрахаму*, переживание горя возникает в связи с «интроекцией объекта любви», и в упрямом протесте против реальности утраты образ любимого объекта в глазах скорбящего приобретает все более яркие краски. Это оказывает защитное действие, поскольку утрата во всей своей необратимости постигается постепенно, шаг за шагом, к чему и сводится работа горевания.

Теория дифференциальных эмоций К.Изарда считает горе сложной структурой, включающей фундаментальные эмоции и аффективно-когнитивные взаимодействия. Ядром горя является ***страдание,*** которое выполняет в жизни человека ряд функций[25]: сообщает, что человеку плохо; побуждает предпринять действия для его уменьшения, устранения причины или изменения отношения; облегчает сплочение людей внутри групп (семьи или общества).

Феноменология горя и его понимание как процесса стали объектом психологического исследования после появления ставшей классической

---

[23] Мамардашвили М. О философии // Вопросы философии. 1991. № 5. С. 4-6.
[24] Фрейд З. Печаль и меланхолия //Психология эмоций.-М.:Изд-во МГУ, 1984.-С.210.
[25] Изард К. Эмоции человека. СПб.: Питер, 1999. С.38.

работы американского психиатра *Э.Линдеманна*, впервые описавшего его динамику и разработавшего понятие «работа горя»[26].

Горе характеризуется следующими проявлениями:

1. **Физическое страдание.** Оно выступает на первый план в виде периодических приступов, длительностью от нескольких минут до часа со спазмами в горле, припадками удушья, учащенным дыханием и постоянной потребностью вздохнуть. Впоследствии постоянные вздохи сохраняются длительное время, и вновь становятся особенно заметны, если человек вспоминает или рассказывает о своем страдании. Ощущается чувство пустоты в животе, потеря аппетита, мышечной силы; малейшее движение становится крайне тягостным и почти невозможным, от незначительной физической нагрузки возникает полнейшее изнеможение. На фоне этих телесных признаков человек испытывает психическое страдание в виде эмоционального напряжения или душевной боли. Отмечаются изменения ясности сознания: возникает легкое чувство нереальности и ощущение увеличения эмоционального расстояния, отделяющего человека от других людей.

2. **Поглощенность образом утраченного.** На фоне некоторой нереальности могут возникать зрительные, слуховые или сочетанные иллюзии. Переживающие горе сообщают, что слышат шаги умершего, встречают его мимолетный образ в толпе, узнают знакомые запахи и т.д. Такие состояния отличаются особой эмоциональной охваченностью, под влиянием которой может утрачиваться грань между переживанием и реальностью.

3. **Чувство вины.** Горюющий пытается отыскать в предшествующих утрате событиях и поступках то, чего он не сделал для умершего. Малейшие оплошности, невнимание, упущения, ошибки преувеличиваются и способствуют развитию идей самообвинения.

---

[26] Линдеманн Э. Симптоматология и работа острого горя. М., 1943.

4. **Враждебные реакции.** В отношениях с людьми снижается или исчезает симпатия, утрачивается обычная теплота и естественность, нередко человек о происходящем говорит с раздражением или злостью, выражает желание, чтобы его не беспокоили. Враждебность иногда возникает спонтанно и оказывается необъяснимой для горюющих. Некоторые принимают ее за начало грядущего безумия. Другие стараются контролировать вспышки гнева, что удается далеко не всегда. Постоянные попытки держать себя в узде приводят к особой манерно-натянутой форме общения.

5. **Утрата прежних, естественных моделей поведения.** В поступках отмечается торопливость, суетливость, человек становится непоседливым или совершает хаотические действия в поисках какого-либо занятия, но оказывается совершенно неспособным к простейшей организованной деятельности. Со временем он, по сути, вновь осваивает круг повседневных дел.

Эти повседневные дела, естественно, теснейшим образом оказываются связанными с потерей. Горюющим очень часто приходится как бы заново «учиться» их делать, превозмогая переживание отсутствия смысла что-либо делать после случившегося.

6. **Идентификация с утратой.** В высказываниях и поступках человека появляются черты поведения умершего или признаки его последнего заболевания. Как правило, идентификация с утратой становится следствием поглощенности образом утраченного.

Таков поперечный срез состояния горя. Во времени ему свойственна динамика, прохождение ряда этапов, когда человек, как писал *Э.Линдеманн*, осуществляет «работу горя». Она требует физической и психической энергии: переживание включает не только выражение эмоций, но и активные действия. Человек и те, кто стремится ему помочь, деятельно участвуют в процессе горя.

С переживанием горя психологам-консультантам приходится сталкиваться часто: они слышат и видят клиента, потрясенного смертью

близкого человека или тяжелой невозвратимой утратой кого-либо или чего-то, имевшего для него важный жизненный смысл. Процесс горевания - естественная реакция на потерю. Если процесс горевания не начинается, то работа горевания не проделана еще.

Цель «работы горя» состоит в том, чтобы пережить его, стать независимым от утраты, приспособиться к изменившейся жизни и найти новые отношения с людьми и миром.

Первым этапом является шоковое состояние. Оно развивается сразу после утраты и длится от нескольких дней до месяца, сосуществуя с признаками следующего этапа - переживания. Человек не осознает потери, не в состоянии осмыслить случившееся, происходящее воспринимается как в тумане или во *сне.*

Затем приходит неверие, что это могло произойти. Психологической защитой служат вытеснение и отрицание. Их вовлечение является естественным и полезным, поскольку помогает человеку постепенно освоиться со случившимся.

К концу этапа шока после психической анестезии начинается страдание, свидетельствующее о начале переживания, то есть «работы горя». О наступающем завершении говорят элементы понимания и признания утраты, а также обстоятельств, при которых она произошла.

Далее следует **этап переживания,** являющийся в процессе горя наиболее интенсивным. Понимание и признание утраты достигает степени ясности факта. Ритуальные действия и другие конкретные события играют в этом важную роль. Страдание обычно достигает наибольшей силы и отличается разнообразием проявлений. Осознание приводит человека к чувству зияющей пустоты, которое возникло вследствие утраты, и необходимости совладать с ней. Попытки ее заполнения выражаются в неоднократных возвращениях к происшедшему и рассказах об обстоятельствах утраты. Затем человек уходит все дальше, возникают многообразные воспоминания о потере, прошлом. Они не только способствуют пониманию утраты, но и приводят к идеализации и

идентификации с ушедшим за счет вовлечения механизмов вытеснения. Тем не менее, уход в прошлое характеризует начало принятия и интеграции опыта утраты.

Завершающий этап — **стадия принятия** (интеграции) **утраты.** «Работа горя» в это время состоит в возвращении к реальности через преодоление психического страдания, идей самообвинения, поглощенности образом утраты и идентификации с ней.

Принятие утраты не исключает того, что укоры совести, чувство вины могут быть длительными. Постепенно исчезает враждебное отношение к окружающим. Сохраняются воспоминания о прошлом, которые существенно снижают эмоциональное напряжение.

Начинается освоение своего нового места в мире, а энергия переключается на отношения и занятия, не связанные с утратой. Другими словами, процесс горевания в своем развитии проходит следующие **стадии:** шока и отрицания, сопровождающихся эмоциональным оцепенением, попыткой отрицания потери, депрессией, острого горя, переживания и остаточных явлений, когда в некоторые моменты человека охватывает горевание.

Переживание горя представляет собой индивидуальный процесс, и характерные признаки этапов могут сосуществовать в различных сочетаниях, создавая уникальные возможности для позитивных изменений. Хотя сама последовательность (шок - переживание - принятие) типична и, следовательно, предсказуема, эти этапы не следуют строго один за другим. В реальной жизни динамика этапов горя не бывает линейной, они, скорее, напоминают накладывающиеся друг на друга циклы, которые часто перекрывают друг друга.

Если описанное течение переживания замедляется, приостанавливается или появляются сложности с интеграцией утраты и приобретением нового опыта, появляется так называемое *осложненное горе.* При осложненном горе могут появляться элементы психопатологии, например галлюцинации, де-

персонализация, витальная депрессия, а естественные проявления горя достигают необычной интенсивности или «застывают» во времени. З. Фрей в работе «Печаль и меланхолия» (1917) указывал на возникновение в состояниях скорби «галлюцинаторного психоза желаний»: приписываемая объекту утраты яркость красок разрастается до степени галлюцинаций. Данное явление происходит потому, что возможность получения реальной обратной связи с объектом отсутствует, ее недостачу восполняет яркий, нередко устрашающий внутренний образ, приобретающий черты двойника. К осложненному горю приводят: внезапная или неожиданная утрата; утрата, вызвавшая двойственные чувства, прежде всего гнев и самообвинение; утрата, с которой были связаны отношения чрезмерной зависимости, породившие отчаянную тоску; множественные утраты на протяжении незначительного времени; отсутствие систем поддержки личности или жизнеобеспечения.

Необходимо проявлять осторожность, определяя осложненное горе только по его продолжительности. Индивидуальные темпы «работы горя» очень различны, и даже спустя год после утраты она может быть еще не закончена. Но если миновало несколько лет или признаки горя существенно мешают в жизни, тогда следует говорить об осложненном горе. Оно встречается у 10—15% горюющих. К его признакам, которые не всегда сами по себе специфичны, можно отнести следующие.

После утраты полностью меняется стиль жизни или привычки, возникает сильная тенденция избегать людей и виды активности, которые связаны с привычным стилем жизни.

Отождествление с ушедшим достигает степени принятия даже тех его черт или форм поведения, к которым ранее относились отрицательно. Появляется страх умереть от той же самой болезни. Человек не может заставить себя посетить кладбище и принять участие в ритуалах или, наоборот, полностью поглощен этой деятельностью. Алкоголь или седативные средства употребляются в больших количествах. Появляются

навязчивые мысли об утрате и ее деталях, ушедший превращается в «святого» или, наоборот, в «исчадие ада».

Разговоры ведутся так, как если бы человек был жив или утрата только что случилась. При этом иногда возникает фиксация на чувстве мести. Постоянно ощущается безнадежность, бессмысленность существования, человек утрачивает способность радоваться, выполнять ежедневную работу или устанавливать отношения с людьми.

Существует **несколько форм** осложненного горя[27].

Хроническое горе. При этой, наиболее частой, форме переживание горя носит постоянный характер и интеграция утраты не наступает. Среди признаков преобладает тоска по человеку, с которым существовала тесная эмоциональная связь. Даже спустя многие годы малейшее напоминание об утрате вызывает интенсивные переживания.

Конфликтное (преувеличенное) горе. Один или несколько признаков горя искажаются или чрезмерно усиливаются, прежде всего чувства вины и гнева, образующие порочный круг контрастных переживаний, мешающий совладению с горем и затягивающий его. Выход может достигаться через эйфорические состояния, переходящие в длительную депрессию с идеями самообвинения.

Подевленное (маскированное) горе. Проявления горя незначительны или полностью отсутствуют. Вместо них появляются соматические жалобы, признаки болезни, отмечавшиеся у умершего, с последующим развитием длительной ипохондрии.

Например, описываются состояния «кластерной головной боли», которая может продолжаться в течение нескольких месяцев и складываться из множества отдельных приступов. Осознание их связи с утратой отсутствует.

---

[27] Рязанцев С. Танатология (учение о смерти). СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1994; Линдеманн Э. Клиника острого горя // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М: Изд-во МГУ, 1984. С. 212-220.

Неожиданное горе. Внезапность делает почти невозможным принятие и интеграцию утраты. Их развитие задерживается, преобладают интенсивные чувства тревоги, самообвинения и депрессия, осложняющие ежедневную жизнь. Весьма характерно для этой формы горя возникновение мыслей о самоубийстве и его планирование.

Отставленное горе. Его переживание откладывается на длительное время. Сразу после утраты возникают эмоциональные проявления, но затем «работа горя» прекращается. В дальнейшем новая потеря или напоминание о прежней запускают механизм переживания.

Посещая врача, психолога, человек неоднократно говорит об утрате. Дома не желает что-либо менять, расставаться с дорогими вещами или, наоборот, стремится полностью изменить жизнь (сменить обстановку, квартиру, иногда - город).

Отсутствующее горе. При этой форме отсутствуют какие-либо внешние проявления, как будто утраты не было вообще. Человек полностью отрицает ее или остается в состоянии шока.

В некоторых случаях течение горя, в том числе и осложненного, может усугубляться присоединением признаков пост-травматического стрессового расстройства, например, в чрезвычайных условиях стихийных бедствий, военных действий или их последствий.

В силу особенностей утраты переживание может быть более интенсивным или осложненным. Вина, гнев, поиски объяснений или ответственных, чувство отвержения или покинутости, аутоагрессивные переживания могут быть достаточно глубоки и охватывать близких. Чаще всего они мучительно решают вопрос *«почему?»:* «Почему он пытается сделать это, что толкнуло его ? Как я мог(ла) не заметить? Где я был (а) раньше (при суицидальном поведении)?». В переживании горя эти вопросы являются центральными, в поисках ответов часто ищут посторонней помощи, из-за неудовлетворенности к ним возвращаются вновь и вновь.

В процессе беседы с клиентами после утраты (самоубийства) приходится сталкиваться со следующими темами и чувствами:

1. **Вопрос «почему?».** Поиски ответов на этот вопрос вызывают тревогу и психическую боль. Потребность знать «правду» обычно приводит к двум заблуждениям: «Это случилось, потому что я сделал (или не сделал) что-то» или «Это произошло, так как кто-то сделал (или не сделал) что-то». Они рождают чувство вины, но в большинстве случаев требуется осознание различий между «виной» и «причиной смерти».

2. **Сожаления.** Часто клиент говорит: «Если бы я был добрее...» или «Если бы я сделал для него...», и это может отражать действительность. Но дальше обязательно добавляется: «...то он, конечно, был бы жив». Это заключение, основанное на эмоциях, является ложным. Его могут чрезмерно генерализовать или видеть в нем несомненное доказательство своего краха как отца, брата или человека. Это приводит к аутоагрессивным мыслям и углубляет чувство стыда, становящегося длительной семейной проблемой.

Гнев. Переживание гнева, как и вины, является естественным, поскольку человек чувствует утрату. В случае самоубийства гнев связан не только с оставленностью, но и с отвержением со стороны того, кто покончил с собой, отказавшись от помощи. Этому немало способствуют посмертные письма с обвинениями, которыми нельзя оправдаться.

Переживания сожаления, вины, гнева кажутся слишком разными, чтобы встречаться одновременно, и, действительно, во многих классификациях стадий «горевания» разводятся во времени. Но как раз это разведение и относительно, ибо на разных этапах копинг-реагирования выходят на первый план, «играют» разные грани **единого, целостного, внутренне конфликтного переживания.** Оно в конечном итоге и озвучивает фактический сценарий. «В моей смерти прошу никого не винить» - это может оказаться более тяжким обвинением, чем ложное обвинение или посмертное сведение счетов с

оставшимися. И консультанту принципиально важно иметь в виду, что индивидуальные карты переживаний клиента хотя и несут на себе отпечаток общих закономерностей, никогда не являются идентичными.

Стигма. Лишь небольшое число уцелевших обходятся без стигмы и не переживают клейма, поставленного суицидальной попыткой. Обычно оно возникает в силу интериоризации негативного отношения окружающих к случившемуся. Стигматизация приводит к тому, что уцелевшие, чувствуя себя «изгоями», отличающимися от других, еще больше изолируются от окружения.

Суицидальные намерения. Описанные эмоциональные переживания могут привести к мысли, что само убийство является возможной альтернативой. Как показывают исследования, эти намерения возникают у уцелевших в шесть раз чаще, чем у переживающих горе вследствие других утрат.

Следует иметь в виду, что незавершенный, неудавшийся суицид сам по себе и особенно при сохранении толкавшей к нему ситуации (внешней или внутренней) может оказаться незавершенным гештальтом, обладающим собственной побудительной силой.

Семья. Утрата всегда затрагивает семью как целое. В этой ситуации необходимы изменения и пересмотр отношений, затрудняемые переживаниями горя и отвержением. Семья обладает мощными ресурсами психологической поддержки и интеграции, может вынести из случившегося важный интеграционный урок, но может и разрушить себя.

Религиозные аспекты. Для некоторых клиентов эти аспекты являются особо болезненными. Они говорят о потере веры, гневе на Бога, ставят под сомнение свои духовные ценности, реорганизация которых является тем не менее важной частью их возвращения к реальности.

Консультанту в работе с клиентами после утраты *следует:* быть принимающим и заботливым; давать возможность неоднократно возвращаться к обсуждению печальных событий; подчеркивать, что переживания являются естественными; информировать о системах поддержки личности, например о группах самопомощи.

Консультанту не следует: принимать просьбы; рационализировать события; давать неисполнимые обещания; делать замечания типа: «У вас есть еще дети...Это была Божья воля...Не стоит говорить об этом...Это и без того давит на вас...»

7.2. Задачи горевания и техника оказания помощи лицам, пережившим утрату

Что делать с клиентом в состоянии острого горя? Самое важное - это активное выслушивание с готовностью принять и облегчить его чувства и переживания. Советы или наставления оказываются непродуктивными. Клиенту следует дать возможность полностью выразить свои чувства и оказать поддержку симпатией и добротой. Необходимо быть с ним, чтобы он знал, что его переживания являются естественными и он не одинок.

Эмпатическое понимание со стороны консультанта является эффективным на всех этапах процесса горя, поскольку способствует интеграции опыта утраты. Собеседник может неоднократно возвращаться к актуальным переживаниям или различным деталям утраты: эффективность помощи будет во многом зависеть от степени терпения в ходе эмпатического выслушивания.

В ситуации горевания очень важна роль другого человека, что помогает осознать реальность потери, своевременно обеспечить информацию больному, проработать шоковое состояние, по возможности удовлетворить потребности в любви, облегчить аффективное состояние и

оказать помощь в трансформации внутренних отношений с потерянным объектом. В этой связи основными задачами горевания являются:

1. Признать факт потери, что очень важно.
2. Пережить боль потери, все сложные чувства, сопутствующие утрате.
3. Наладить окружение, где ощущается отсутствие усопшего.
4. Выстроить новое отношение к умершему и продолжить жить. Необходимо изъять эмоциональную энергию из внешних отношений и перенести ее в эмоциональные связи.

Скорость принятия утраты у разных людей различна. Помня об этом, следует определить по основным признакам стадию, в которой находится собеседник, а также предполагаемую скорость «работы горя». Горюющий не может увеличивать ее произвольно, поэтому, используя эмпатию, необходимо идти вместе с ним по возможности скорее. И если в горе нужно «снова научиться жить», то, образно говоря, консультанту отводится роль принимающей роды акушерки.

Если позволяет состояние собеседника, имеет смысл работать вместе над исследованием проблемы. В этом процессе очень важным становится факт утраты. Исследование приводит к обсуждению понятия смерти. В этом контексте продуктивным становится упоминавшийся тезис *М.Мамардашвили*: «Человек начинается с плача по умершему», дающий огромные коррекционные возможности для работы с собеседником.

Жизнь полна разнообразных событий и явлений. Она описывается языком жизни. Смерть не может быть ее событием, находясь «по ту сторону», и потому принципиально неопределима. У нас просто нет языка смерти. Она присутствует в жизни в качестве символа. Он, как считал М.Мамардашвили, может быть событием жизни, став «обостренным чувством сознания». По его мнению, «нельзя жить, если жизнь не освещена тем особым напряжением, что сопутствует переживанию смерти, которая как таковая не может быть

эмпирически переживаемым состоянием человека»[28]. Поэтому конечной целью работы с собеседником является превращение острого горя в это «обостренное чувство сознания».

Смерть человека всегда была и будет событием в жизни другого, особенно близкого человека. Именно с этим и должен работать психолог-консультант, что становится вполне уместным и возможным на отдаленных этапах, когда работа горя в основном закончена и человек способен перейти от переживания утраты к осмыслению своих собственных отношений к жизни и смерти. Такой подход чрезвычайно важен для внутренней работы самого консультанта, ибо непроработанное им отношение к смерти может прорываться в беседе с клиентом, нередко искажая или блокируя ее. Именно оно может «уводить» консультанта в чересчур поспешные сократические диалоги о смерти, к которым клиент еще не готов и воспринимает их как равнодушие, непонимание, отвергание.

Необходима помощь клиенту в создании его личной конструкции переживания горя. Среди прочего в ней необходимо учитывать, что человек не может пережить смерть как событие жизни и сталкивается с ней только в виде символа.

В заключение консултирования следует работать с собеседником над интеграцией опыта потери. Она достигается разработкой индивидуальной стратегии переживания горя и исследованием предлагаемых жизнью новых возможностей.

Следует рассмотреть горе как процесс личностного роста клиента в сложившихся условиях и способствовать укреплению надежды, которая скрывается в имеющихся системах поддержки человека. Важной задачей является переключение его энергии на новые отношения и занятия.

Средневековый мыслитель М.Экхарт писал: «Заметьте себе, вдумчивые души! Быстрейший конь, который донесет Вас к совершенству,

---

[28] Мамардашвили М. О философии // Вопросы философии. 1991. № 5. С.5.

- это страдание. Никто не испытывает большего блаженства, чем те, что со Христом прибывают в величайшей горести. Страдание горько, как желчь, нет ничего горше страдания, и нет ничего слаще, чем пройденное страдание. Пройденное страдание слаще меда»[29]

Работа горевания завершена, когда тот, кто пережил утрату, способен вести нормальную жизнь, адаптивен и чувствует это, когда есть интерес к жизни, освоены новые роли и создалось новое окружение и когда человек может функционировать в нем адекватно своему социальному статусу и складу характера, когда способен адресовать большую часть эмоций новым впечатлениям и событиям, говорить об умершем без сильной боли.

Техника активно проживаемой метафоры ***«прощания с ушедшими»*** хорошо работает как с детьми, так и со взрослыми, в частности, когда речь идет о работе со смертью.

После войны часто в памяти человека остается изуродованное тело друга или близкого родственника. Он хочет забыть его увиденном. Этому способствует такая техника, как рефрейминг. Используя ее, психолог должен исходить из активности самого потерпевшего. Разговор с ним можно начать так: «Память - прекрасное свойство человеческой души. Только помнить можно по-разному. Ты хочешь вспоминать о близком тебе человеке так, чтобы ему от этого было хорошо там, а тебе здесь? Мы это сделаем, но работать будешь ты».

Сначала ушедшего надо похоронить, потому что, очевидно, на уровне бессознательного этого еще не сделано. Клиент сам «выбирает» место для могилы, ухаживает за ней.

Затем после похорон психолог предлагает клиенту увидеть ушедшего таким, каким тот был при жизни, в привычной обстановке, за привычным делом. В этот момент обычно наблюдается бурная эмоциональная реакция.

[29] Экхарт М. Духовные проповеди и рассуждения. Репринт. изд. 1912 г. М. : Политиздат, 1991. С.66.

Как правило, она происходит в пределах допустимого. Психолог контролирует ситуацию, следит за происходящим (возможно, мягкое поглаживание по спине). Когда основные эмоции утихнут, предлагает клиенту сказать близкому человеку вслух или про себя все, что он чувствует к нему, в частности в связи с его уходом. Нередко при этом завязывается как бы «диалог»: ушедший начинает отвечать, причем ни разу не было случая, чтобы он «сказал» что-нибудь не то.

Психолог дает диалогу спокойно течь, потихоньку направляя его и подводя к моменту ответственности живого перед ушедшим, которую клиент готов на себя взять (это хорошая страховка от суицида): *«Что ты можешь сделать, чтобы там ему было хорошо и спокойно?».*

Так, если погиб взрослый сын, мать берет на себя ответственность воспитывать его детей так, как это делал бы он. Если погиб близкий товарищ, то оказать помощь семье, помочь детям в учебе, трудоустройстве. Часто ушедший дает понять, вербально или невербально, что ему это нравится. Затем как будто клиент «посылает» умершему некоторые предметы, о которых он мечтал. И обязательно надо воплощать слова в конкретные образы. Например, психолог говорит: «Что бы ты сейчас хотел ему туда послать вместе со своей памятью о нем: какую то вещь, или то, что ему не хватало в жизни?». Это может быть любая категория или материальный предмет. Главное при этом - увести клиента от образа потерпевшего во время его смерти - изуродованного, искореженного и т.д. и создать образ веселого, жизнерадостного, заботливого человека, дать клиенту возможность выговориться с ним.

Затем нужно «проводить» близкого человека. Обычно он «уходит» сам, но иногда надо мягко помочь клиенту отпустить его, используя пресуппозицию, подразумевающую уход.

Психолог говорит: «Посвети ему вослед...Освети его путь...Свети ему, пока он еще нам отсюда виден...Когда он уходит, ты, наверное, начинаешь понимать или уже понял, что чем дальше он уходит, тем ближе он

становится, как Бог, который, казалось бы, так далеко, и в то же время нет никого, кто был бы к тебе ближе...»

Опыт консультирования показывает, что такая работа положительно влияет на дальнейшее поведение человека. Вспоминая о погибших, клиент видит не изуродованные трупы, как раньше, а голубое небо, звезды или белый свет и говорит об этих близких людях, улыбаясь.

Литература

1. *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти: Пер. с фр. М.: Изд. группа «Прогресс-Академия», 1992.

2. *Линдеманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М. : Изд-во МГУ, 1984. С. 212-220.

3. *Лукас К., Сейден Г.* Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2000.

4. Хааз Э. Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1. С. 29-47.

Глава 8
МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ НАСИЛИЯ

8.1. Психологическая характеристика феномена «насилие»

Как известно, мы живем в обществе, где насилие осуждается и где оно одновременно пронизывает его. Преступность, террор, этнические и социальные конфликты служат постоянными индикаторами насилия, которое усиливается слухами и средствами массовой информации, не оставляют сомнения в долгосрочности этого феномена. Словом, насилие из исключения постепенно сделалось правилом нашей жизни, а институты общества не только не подавляют насилие, но и, как это ни парадоксально, производят его. Имеющиеся опросы свидетельствуют, в частности, о том, что примерно 25% детей, живущих в крупных российских городах, стали жертвами сексуального насилия[30], а распространенность других видов и форм насилия в семье такова, что охватывает всю детскую популяцию. Представление о том, что насилие имеет место только в социально неблагополучных семьях, современные исследователи считают несостоятельным мифом конвенционального общественного сознания. В этой ситуации важной задачей психолога становится определение, с одной стороны, грядущих угроз насилия, с другой - возможных вариантов их преодоления.

Насилие - феномен сложный, многоаспектный. Оно изучается различными науками: философией, историей, социологией, правом, психологией и др. Известный российский философ А.А.Гусейнов в своей статье "Понятие насилия" пишет: "Насилие, как явствует уже из этимологии

---

[30] Дети России. М., 1997. С.61.

слова, есть применение силы, опора на силу, действие с помощью силы. Однако не всякое применение силы можно именовать насилием; совершенно очевидно, что таковыми не являются, например, действия штангиста, поднимающего тяжелые гири, или шахтера, прорубающего тоннель в скалах[31].

Насилие имеет место только во взаимоотношениях между людьми, поскольку они обладают свободной волей; оно в этом смысле есть общественное отношение. Насилие разрывает общественную коммуникацию, разрушает ее общепризнанные основания, получившие выражение в традициях, обычаях, праве, иных формах культуры. В этом смысле оно всегда представляет собой нарушение некоего договора, нормы, правила, односторонний выход за принятые рамки коммуникации. Совершающий насилие в отношении тех, на кого направлены его насильственные действия, преступает некую черту, которую он ранее обязался не преступать (вопрос о форме обязательств, которая может быть неявной, унаследованной и т. д., мы сейчас не рассматриваем); в данном случае насилие есть преступление.

Насилие не просто разрыв интерсубъективной коммуникации, а такой разрыв, который осуществляется как бы по ее собственным законам; оно оправдывает себя тем, что якобы задает более высокую коммуникативную основу. Насилие, как правило, выступает под флагом идей общего блага и справедливости, так как именно эти идеи являются цементирующей основой человеческих отношений в рамках социальных и политических союзов. В этом смысле насилие представляет собой такой тип человеческих, общественных отношений, в ходе которых одни индивиды и группы людей подчиняют себе других, узурпируют их свободную волю.

Насилие есть внешнее воздействие на человека, по преимуществу его физическое принуждение. Оно связано со специфическими средствами, представляющими собой прямую или косвенную угрозу жизни,

---

[31] Гусейнов А.А. Понятие «насилие» //Вопросы философии. 2003. №4. С.24.

предназначенными для ее разрушения и уничтожения. В известном смысле его даже можно отождествить с такими средствами, как орудия убийства. Пулей, конечно, можно убить не только человека, но и бешеную собаку, которая собирается броситься на человека. Тем не менее изобретены и существуют пули, как и все оружие, именно для убийства людей; в этом смысле их можно считать воплощенным насилием.

Соглашаясь с тем, что есть средства, которые сами по себе являются знаком насилия и в определенных случаях достаточны для его идентификации, следует подчеркнуть, что в целом без соотнесения с мотивами, целями определить насилие не возможно. Боль от скальпеля хирурга и боль от удара полицейской дубинкой - разные боли.

Мотивы и цели в понятии насилия играют настолько большую роль, что в определенных случаях в качестве насильственных могут выступать даже действия, направленные на поддержание жизни, например принудительное кормление человека, объявившего голодовку. Насилие - внешнее, силовое воздействие на человека или группу людей с целью подчинить их воле того (или тех), кто осуществляет такое воздействие. Оно представляет собой узурпацию человеческой свободы в ее наличном бытии, внешнем выражении. Собственно говоря, механизм, технология насилия и состоят в том, что люди принуждаются к определенным поступкам или чаще всего удерживаются от них с помощью прямого физического воздействия.

Будучи навязыванием воли одних другим, насилие может быть интерпретировано как разновидность отношений господства, власти. Власть есть господство одной воли над другой, применительно к человеческим отношениям ее можно определить как принятие решения за другого. Она может иметь, по крайней мере, три существенно различных основания. Власть может базироваться на реальном различии воль, и тогда более зрелая воля естественным образом господствует над незрелой волей: такова власть родителей над детьми или образованных сословий над необразованными. Она может иметь своим источником предварительный более или менее ясно

выраженный договор, когда индивиды сознательно и в целях общей выгоды отказываются от некоторых прав, передают решения по определенным вопросам конкретным лицам: такова власть полководца, законно избранного правителя. Наконец, власть может основываться на прямом физическом принуждении, и тогда она выступает как насилие; такова власть оккупанта, насильника. Рассмотрение насилия как разновидности властных отношений позволяет отличать его от других форм принуждения - патерналистского и правового. Патерналистское и правовое принуждение характеризуются тем, что на них получено (или предполагается, что могло бы быть получено) согласие тех, против кого оно направлено. Поэтому сопряженное с ними внешнее воздействие (а оно неизбежно присутствует и в том и в другом случае) считается легитимным насилием; это своего рода частичное насилие, полунасилие. В отличие от них насилие в собственном смысле слова есть действие, на которое в принципе не может быть получено согласие тех, против кого оно направлено.

В отечественной и зарубежной психологии не существует единого видения, полноценного терминологического и концептуального аппарата по проблеме насилия. В англоязычной психологической литературе основными терминами в данной области являются собирательные термины «abuse» (обида, ругань, оскорбление, жестокое обращение, пренебрежение, злоупотребление, эксплуатация, совращение) и «neglect» (пренебрежение, игнорирование, забывание, леность, отсутствие заботы). Статистика российских служб экстренной психологической помощи (телефоны доверия) свидетельствует, что в 80% случаев обращений речь идет о семейном насилии[32].

---

[32] Всероссийский конкурс памяти Матери Терезы. Программа «Детство без насилия и жестокости». М., 1998.

Применительно к детскому насилию в настоящее время сложилась эмпирическая типология форм «abuse & neglect», которую составляют[33]:

1) физическое насилие - преднамеренное манипулирование взрослыми телом ребенка как объектом, приводящее к нанесению ребенку физических повреждений различной степени тяжести; к физическому насилию относятся не только побои, но и ограничения детей в еде и сне, вовлечение детей в употребление алкоголя и наркотиков и т.п.;

2) сексуальное насилие - преднамеренное манипулирование взрослыми телом ребенка как сексуальным объектом, приводящее к вовлечению ребенка в сексуальные действия со взрослыми в целях получения последними сексуального удовлетворения или какой-либо иной выгоды; к сексуальному насилию относится не только сексуальное совращение детей, но и вовлечение детей в проституцию, порнобизнес и т.п. Так, 17% обращений за помощью - это обращения в связи с сексуальным насилием[34];

3) психологическое (поведенческое, интеллектуальное, эмоциональное и проч.) насилие - преднамеренное манипулирование взрослыми ребенком как объектом, игнорирование его субъектных характеристик (свобода, достоинство, права и т.п.), либо разрушающее отношения привязанности между взрослыми и ребенком, либо, напротив, фиксирующее эти отношения и приводящее к различным деформациям и нарушениям психического (поведенческого, интеллектуального, эмоционального, волевого, коммуникативного, личностного) развития. Самой распространенной формой семейного насилия является психологическое насилие[35].

Соотношение трех данных форм «abuse & neglect» таково: по своему объему понятие «сексуальное насилие» больше, чем понятие «физическое

---

[33] Орлов А. Б. Психологическое насилие в семье — определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000. № 2-3. С. 182-187.

[34] Горшкова И.Д., Шурыгина И.И. Насилие над женами в современных российских семьях.-М.:МАКС Пресс, 2003.- С.228.229.

[35] Всероссийский конкурс памяти Матери Терезы. Программа «Детство без насилия и жестокости». С.47.

насилие», а понятие «физическое насилие» больше, чем понятие «психологическое насилие». Иначе говоря, между данными понятиями существуют отношения по типу включения. Вместе с тем рассмотрение генезиса данных форм «abuse & neglect» показывает, что психологическое насилие является ядром насилия, его исходной формой, на основе которой возникают физическое и сексуальное насилие.

Спектр психологического насилия включает[36]:

а) психологические воздействия (угрозы, унижения, оскорбления, чрезмерные требования, чрезмерная критика, ложь, изоляция, запреты на поведение и переживание, негативное оценивание, фрустрация основных нужд и потребностей ребенка и т.п.);

б) психологические эффекты (утрата доверия к себе и миру, диффузная самоидентичность, полезависимый когнитивный стиль, внешний локус контроля, беспокойство, тревожность, нарушения сна и аппетита, депрессия, агрессивность, уступчивость, угодливость, плохая успеваемость, коммуникативная некомпетентность, низкая самооценка, склонность к уединению, суицидальные наклонности, задержки физического и психического развития, личностная психопатология различной этиологии - наркотические зависимости, булимия, анорексия, нарциссические, мазохистские, множественные, пограничные и проч. личностные расстройства, амбулаторная шизофрения, соматические и психосоматические заболевания - язва желудка, аллергии, избыточный вес, энурез, нервные тики и т.п.; опыт насилия в детстве в некоторых случаях приводит к ранней и глубокой интериоризации паттерна отношений “насильник - жертва”, к фиксации этого паттерна на физиологическом уровне с последующей трансформацией ряда базовых потребностей, оформляющейся впоследствии

---

[36] Орлов А. Б. Психологическое насилие в семье — определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000. № 2-3. С. 182-187.

в таких эксквизитных психических и поведенческих расстройствах, как садомазох и серийные убийства (А. Стевенс, Й. Прайс, Э. Миллер и др.);

в) психологические взаимодействия (доминантность, эффективность, непредсказуемость, непоследовательность, неадекватность, неприятие со стороны родителей и субординированность, бесчувственность, ригидность, безответственность, неуверенность, беспомощность, самоуничижение со стороны детей).

Различение активного, пассивного и интерактивного аспектов психологического насилия позволяет утверждать, что насилие - это специфические интерперсональные формы поведения родителей, ведущие к невротизация окружающих как к специфической интраперсональной форме отреагирования.

Насилие следует отличать от природной агрессивности, воинственности, представленных в человеке в виде определенных инстинктов. Эти инстинкты, как и противоположные им инстинкты страха, могут играть свою роль и даже изощренно использоваться в практике насилия. Тем не менее само насилие есть нечто иное и отличается от них тем, что оно заявляет о себе как об акте сознательной воли, ищет для себя оправдывающие основания. В известной басне И. А. Крылова «Волк и ягненок» басенный волк, символизирующий человека, отличается от настоящего волка тем, что он не просто пожирает ягненка, руководствуясь чувством голода, но и стремится еще придать делу «законный вид и толк».

От других форм общественного принуждения насилие отличается тем, что оно доходит до пределов жестокости, характерных для природной борьбы за существование. А от собственно природной агрессивности оно отличается тем, что апеллирует к праву, справедливости, человеческим целям и ценностям. В этом смысле насилие можно охарактеризовать как право сильного или как возведение силы в закон человеческих отношений. Оно не является элементом естественного состояния, понимаемого вслед за Гоббсом как гипотетическая природная предпосылка общественной жизни.

Его нельзя также считать элементом цивилизационно-нравственного существования. «Насилию нет места ни в природе, ни в пространстве человеческого разума». «Путь к добру лежит только через добро - через насилие нельзя прийти к обществу без насилия. Аморальные средства не могут вести к морали так же, как богохульство не может приблизить к Богу. Насилие не может получить нравственной санкции даже в порядке исключения. Нет таких ситуаций и аргументов, которые позволяли бы считать насилие благом»[37].

8.2. Особенности психологической помощи жертвам семейного насилия

Актуальность изучения проблемы психологического насилия в семье определяется прежде всего тем обстоятельством, что, согласно современным научным представлениям о природе насилия, оно составляет универсальный жизненный контекст процессов обучения и воспитания: к сожалению, большинство детей в той или иной степени подвергаются психологическому насилию. Насилие существует во всех социальных группах независимо от уровня дохода, образования, положения в обществе. Вместе с тем в общественном сознании, в средствах массовой информации данная проблема представлена в очень усеченной и трансформированной форме «ужасов отдельного случая», более того проблема насилия в семье долгое время была табуированной областью, и до настоящего времени существует реальное сопротивление социума обращению к этой проблеме.

Исторически отношение общества и государства к жестокости в семье менялось. Раньше многие виды насилия в быту были фактически узаконены. Государство, исповедуя формальный принцип невмешательства в семейные дела, наделяло при этом мужчину широкими властными полномочиями по

---

[37] *Томас Г.* Левиафан // Соч. в 2 т. Т.1. М., 1965. С.189.

отношению к другим членам семьи. В лондонской полиции в начале века считались с таким правилом: «Муж сварливой жены имеет право побить ее дома, при условии, что палка, которую он использует, не будет толще большого пальца его руки». В Америке в 1824 г. в некоторых штатах закон официально освободил мужей от ответственности при умеренном физическом наказании жены в случаях "крайней необходимости".

Если говорить о насилии в семье, то сложности получения объективной информации связаны не только с отчетностью, но и с тем, как жертва воспринимает случившееся. Бесспорно, частота проявления и формы насилия в семье в различных странах отличаются. Однако насилие в семье не является неизбежным. Сравнительные обзоры свидетельствуют о распространенности этого явления, однако они также подтверждают, что существуют общества, где оно минимально, и указывают пути его предотвращения. Согласно проведенному недавно исследованию в странах различных регионов, явление насилия в семье встречается во всем мире, но при этом проявляется редко или отсутствует в 15 из 90 исследованных стран.

В Советском Союзе насилие в семье было «закрытым» вопросом. Им занимались только криминологи и другие специалисты при изучении семейно-бытовых преступлений. Насилие в семье не могло стать социальной проблемой в стране, где в уголовно-правовой доктрине приоритетными объектами защиты были государственные интересы и государственная собственность. Публично о насилии в семье в России заговорили совсем недавно, с 1993 г. по инициативе женских общественных организаций. Широкая общественность узнала, что 40% всех тяжких насильственных преступлений совершается в семье. Дети, престарелые, женщины ежегодно составляют 38% всех убитых на почве нездоровых семейно-бытовых отношений. Происходит криминализация семьи, складывается особый образ жизни, при котором насилие, алкоголизм, наркомания становятся нормой поведения, передающейся от одного поколения к другому.

Удивительно, что большое число избиваемых женщин не оставляет мужей навсегда. Многие женщины социализированы таким образом, чтобы играть подчиненную роль при муже, терпеть насилие, а психологическое насилие создает в женщинах чувство, что они слишком неадекватны, чтобы жить собственной жизнью. Некоторые женщины полагают, что их моральный долг - сохранять брак до конца, независимо от того, хорошо это или плохо. Многие надеются (несмотря на продолжающееся насилие), что их мужья изменятся. Некоторые опасаются, что, если они попытаются оставить мужа, то он предпримет ответные меры с более серьезными избиениями. Часть женщин не рассматривает развод как реальный вариант, потому что они чувствуют себя материально зависимыми. Многие имеют детей и не надеются на то, что они смогут поднять детей собственными силами. Некоторые полагают, что случайные избиения лучше, чем одиночество и нестабильность, неизбежные после развода. Некоторые испытывают страх получить ярлык разведенной. Эти женщины - пленники в их собственных домах.

Особенности нашего поведения в основном развиваются путем подражания. Значительное влияние на формирование агрессивности оказывает детство человека. Так, наблюдаемые даже в младенческом возрасте сцены насилия над матерью могут приводить как к формированию склонности к алкоголизму и наркомании, так и к агрессивному поведению во взрослом состоянии. Насилие в семье есть реальное действие или угроза физического, сексуального, психологического или экономического оскорбления и насилия со стороны одного лица по отношению к другому, с которым лицо имеет или имело интимные или иные значимые отношения. Насилие в семьях часто ведет к насилию в дальнейшей жизни человека. Если воспитатели будут получать наказание за свою агрессивность, то это уменьшит проявление агрессивности у ребенка. Агрессивность развивается или уменьшается, либо просто не поддерживается в результате наблюдения

сцен агрессии и анализа видимых последствий для человека, действовавшего агрессивно.

Негативно сказывается на человеке лишение его матери, будь то ее физическая смерть, отрыв ребенка от нее и воспитание в детских учреждениях или нежелание матери заботиться о своем ребенке (материнская депривация). Материнская депривация приводит к тому, что у ребенка возникает прежде всего ощущение отторгнутости и заброшенности, у него появляется напряженность в отношениях с людьми. Усиливается негативное отношение к другим людям и к себе самому, формируется заниженная самооценка.

Но даже при отсутствии матери и ее любви из ребенка может выйти полноценный член общества, способный к полноценному развитию и не отличающийся высокой агрессивностью. Для этого с ребенком должен находиться хотя бы один взрослый человек, близкий ребенку, любящий и безоговорочно его принимающий.

Выделение насилия в семье в самостоятельную социальную проблему - только первый шаг, направленный на ее разрешение. На этом пути много препятствий. Это и отсутствие четких определений, теоретической базы, научной основы; полной информации о степени распространенности данного явления, о его причинах и условиях; федерального закона, обеспечивающего защиту жертв домашнего насилия; и судебная и правоохранительная практика, отрицающая проблему домашнего насилия; и высокая степень латентности данного явления, как объективной, обусловленной тем, что о фактах насилия в семье не заявляется в правоохранительные органы, так и субъективной, обусловленной сокрытием фактов насилия в семье правоохранительными органами.

Избиение - далеко не единственная форма насилия, так же как и эмоциональное и сексуальное насилие. Оскорбления, запугивания, угрозы, принудительные сексуальные отношения, экономическая зависимость тоже являются частью насильственных взаимоотношений. Каждый из этих видов

насилия приносит одинаковую боль, и не возможно разделить их по степени воздействия.

Домашнее насилие - это повторяющийся с увеличением частоты цикл физического, словесного, духовного и экономического оскорбления в целях контроля, запугивания, внушения чувства страха. Оно происходит между близкими людьми: мужем и женой, другом и подругой, гомосексуальными партнерами, пожилыми родителями и их взрослыми детьми. Это ситуации, в которых один человек контролирует или пытается контролировать поведение и чувства другого. Любой человек может быть подвергнут насилию, но все-таки больше жертв среди женщин и детей.

Типичной моделью семейной жестокости является применение физических действий по отношению к более слабому. Сила может быть физической или же определяться статусом. Оба эти вида превосходства имеют место в случаях семейного насилия над взрослыми. В большинстве случаев ни избитые женщины, ни избитые пожилые люди не обладают физической силой, достаточной для того, чтобы вступить в борьбу со своими тиранами или сопротивляться им; в обществе эти категории людей считаются второсортными.

Существующие в психологической науке модели причин (факторов) насилия в семье традиционно подразделяются[38]:

а) на психопатические, центрированные на предрасположенностях к насилию родителей (алкоголь, наркотики, низкая самооценка, эмпатичность, коммуникативная некомпетентность, социальная изолированность, социальные, психологические и психиатрические проблемы, депрессивность, отсутствие самоконтроля, суицидальные наклонности, агрессивность, ранняя

---

[38] Антропология насилия /Ред. В.В.Бочаров, В.А.Тишков. СПб.,2001. С.74; *Орлов А. Б.* Психологическое насилие в семье - определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000. № 2-3. С. 182-187.

беременность матери, потеря ребенка и т.п.) и детей (недоношенность, болезненность, нежеланность, физические и психические недостатки и т.п.);

б) на социальные, объясняющие насилие внешними (социальными) факторами и условиями (бедность, низкий уровень дохода, безработица, социальная изоляция и закрытость семьи, перенаселенность, низкий образовательный и культурный уровень и т.п.);

в) на психосоциальные, стремящиеся интегрировать психологические и социальные факторы насилия. Эти причины насилия подразделяются на структурные, ситуативные и коммуникативные, причем именно последние являются ключевыми и определяющими проявления насилия в семье: особенности межличностных взаимоотношений являются либо «ингибитором», либо «катализатором» действия структурных и ситуативных факторов насилия, в последнем случае происходит эскалация насилия или «принудительная спираль насилия» (Паттерсон).

Внутри семейного насилия как обобщенной категории существуют более специфические категории, определяемые природой отношений между обидчиком и жертвой, а также условиями их жизни. Например: жестокое обращение с детьми; насилие, направленное против супруги/супруга или партнерши/партнера; насилие в отношении престарелых. Как правило, насилие в семье характеризуется следующими чертами:

- если уже имело место физическое насилие, то обычно с каждым последующим разом возрастает частота его повторения и степень жестокости;

- насилие и оскорбительное поведение чередуются с обещаниями измениться и извинениями, приносимыми обидчиком;

- при попытке порвать отношения наблюдается эскалация опасности для жертвы.

Таким образом, структурирование проблематики психологического насилия в семье позволяет сделать заключение, что наиболее сущностным, генетически исходным типом насилия является психологическое насилие,

пороявляющееся в неадекватном (патогенном) родительствовании; наиболее сущностным/генетически исходным психологическим механизмом неадекватного (патологического) родительствования является механизм самонепринятия, проявляющийся по типу негативного оценивания (запрета) на проявления (поведенческие, интеллектуальные, коммуникативные, эмоциональные, личностные, сущностные) собственного Я, а также непринятие своей жизни, негативное ее оценивание, запрет на жизнь.

В связи со сказанным можно сформулировать следующие принципы психологической помощи жертвам психологического насилия в семье, которые открывают путь к созданию новых, свободных от насилия форм родительствования.

Во-первых, приоритетное внимание следует уделять психологическому насилию.

Во-вторых, в ходе психологического консультирования семей с проблемами психологического насилия приоритетное внимание следует уделять неадекватному (патологическому) родительствованию.

В-третьих, при работе с семьями с неадекватным (патогенным) родительствованием приоритетное внимание следует уделять механизмам самонепринятия родителей.

В-четвертых, при консультировании родителей с проблемами самонепринятия приоритетное внимание следует уделять интраперсональным процессам блокирования (фрустрации), диссоциации (расщепления) и вытеснения из сознания родителей своих собственных сущностных (в широком смысле витальных) проявлений, то есть динамическим аспектам «негативной психологии», процессам персонализации - формированию персональных и теневых личностных

составляющих, а также условиям возникновения процессов персонификации, как альтернативных процессам персонализации[39].

8.3. Особенности поведения жертв сексуального насилия

Доминирующим фактором в насилии является сексуальное насилие. По данным анонимного опроса, в котором принял участие 71 человек (18 мужчин и 53 женщины) в возрасте от 15 до 60 лет, 30% когда-либо в своей жизни подвергались сексуальному насилию (что согласуется с данными американских исследований и даже превосходит их)[40]. Сложность изучения проблемы сексуального насилия состоит в том, что потерпевшие подчас сами не желают сообщать о происшедшем, чтобы избежать огласки.

На основе анализа различных ситуаций изнасилования можно выделить два основных типа: «жестокие» изнасилования, когда нападение было совершено незнакомым человеком внезапно для жертвы, и «бытовые», «изнасилование знакомыми», когда преступлению предшествовало длительное общение насильника с потерпевшей. В целом сексуальное насилие является экстремальным жизненным событием, вызывающим у подавляющего большинства пострадавших посттравматическую стрессовую реакцию. У жертв «жестокого», внезапного насилия незнакомцем превалирует скорее обвинение собственного поведения и понижение ситуативных аспектов самооценки, чем обвинение своего характера и себя вообще. Жертва «узаконенного», например супружеского, насилия часто продолжает оставаться в неблагоприятной ситуации и после травмы, что изменяет стрессовую реакцию, делает ее менее острой, но более

---

[39] *Орлов А. Б.* Психологическое насилие в семье - определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000. № 2-3. С. 182-187.

[40] *И.Д.Горшкова, И.И.Шурыгина.* Насилие над женами в современных российских семьях. С.138.

продолжительной. У таких пострадавших сильнее выражено самообвинение, и поиск причин происшедшего ведется не во внешнем мире, а внутри себя.

В психологическом консультировании потерпевших необходимо учитывать, что людям, перенесшим подобное травматическое событие, требуется подтверждение своей значимости извне. Однако потребность в посторонней помощи немного различна у жертв «жестокого» насилия от незнакомого и пострадавших от насилия знакомым. Первым требуется скорее конкретная, ситуативная помощь, связанная с научением справляться с травмирующим воспоминанием. Вторые ищут возможности более общих, диспозиционных личностных изменений.

Цели психологической помощи жертвам сексуального насилия определяются исходя прежде всего из особенностей этих людей. У них искажено отношение к себе и другим, они не способны к доверию, слишком часто не в ладу с собственными чувствами, склонны к жестокости, как бы вновь и вновь мстя окружающим за свой опыт унижений.

Как известно, женщины, которые пережили сексуальное насилие, характеризуются разным отношением к себе и другим. Одни ощущают себя не такими, как другие, недостойными любви, плохими, «грязными», бесполезными. Нередко это сочетается с представлением о себе как о слабой и неспособной изменить свою жизненную ситуацию личности. Они испытывают неуверенность в своих силах и способностях, бессилие и беспомощность (позиция жертвы). Другим свойственна направленность сексуального поведения на личность, не имеющую интимного опыта, в целях самоутверждения – своеобразной моральной компенсации пережитого унижения и страха первого (насильственного, нежелательного) сексуального контакта. Данное явление в литературе выделяется как синдром выбора «безопасного партнера» у жертв сексуального насилия.

Согласно традиционным для нашего общества нормам, ведущая роль в сексуальной инициации принадлежала мужчине, который «учил» женщину сексу, заставляя женское тело «звучать». Ещё в позапрошлом веке мужчины,

в основном из господствующих классов общества, приобретали первый сексуальный опыт в публичных домах или со старшими женщинами, а затем передавали его своим молодым и несведущим женам[41]. Теперь же с возрастанием мужской агрессивности в сексуальной сфере мы получили своеобразный «эффект бумеранга», когда безотказная и всегда «дающая повод» для сексуальных домогательств женщина, подвергшаяся насилию, в ответ заняла позицию невротизирующего и психотравмирующего фактора со всеми неутешительными последствиями для социализации личности мужчины, в которой немаловажная роль отводится проявлениям сексуальности.

В целом отмечаются некоторые закономерности, которые необходимо учитывать в консультативно-терапевтической практике, в частности:

1. Желание женщины - жертвы сексуального насилия компенсировать пережитое унижение, неуверенность в себе, страх, стыд и прочие негативные переживания за счёт общения и возможной интимной связи (с занятием активной позиции!) с молодым человеком, не имеющим опыта в сфере сексуальных отношений.

2. Снисходительное (ироническое) восприятие сексуального партнёра как незрелой личности сначала с непрямой, а потом явной демонстрацией подобного отношения.

3. Изначальная запрограммированность таких отношений на разрыв после вступления в сексуальные отношения.

Вышесказанное свидетельствует о том, что сексуальное насилие является комплексной проблемой, поэтому для психологов в этой области необходимо сотрудничество с различными социальными, медицинскими, правовыми структурами.

---

[41] *Алексеева Л.С., Кошелева А.Д., Соколова Е.Т., Шапиро Б.Ю.* Насилие в семье: с чего начинается семейное неблагополучие. М., 2000. С.67.

8.4. Насилие в правоохранительных органах

Вторым фактором латентности насилия является злоупотребления со стороны правоохранительных органов. Сегодня весьма остро стоит проблема насилия в среде работников правоохранительных органов, прежде всего милиции, которая носит систематический характер. Жертвами побоев, физического принуждения, насилия чаще всего становятся маргинальные, или социально уязвимые группы населения, лица в нетрезвом состоянии, приезжие, молодежь, нерусское население. Эти люди не способны защитить себя в социальном и гражданском отношении, а не только в физическом. В максимальной степени насилие, жестокость, побои и издевательства характерны для милиции (72%, по данным опроса Аналитическиго центра Левады), а также для работников следственных изоляторов, конвойных частей, причем часто насилие носит немотивированный характер. Это связано, в частности, с определенными психологическими характеристиками личного состава правоохранительных структур. В среде сотрудников милиции высок процент личностей с низкой самооценкой, стремящихся компенсировать это властью над задержанными. Негативное влияние на моральный климат в милиции оказывают командировки в Чечню, где сотрудники правоохранительных органов приобретают опыт безнаказанного насилия.

Наиболее эффективным методом противодействия незаконным избиениям и пыткам является укрепление институтов гражданского контроля за деятельностью правоохранительных органов. Недостаточна информированность общества о правах задержанных и возможностях контроля над обращением с ними сотрудников правоохранительных органов. Многие потерпевшие крайне мало знают об общественных организациях, ведущих борьбу с произволом и насилием со стороны милиции. При этом три пятых респондентов заявили, что, если бы они знали координаты подобных

общественных организаций, то сообщали бы о случаях насилия над гражданами.

Литература

Антропология насилия /Ред. В.В.Бочаров, В.А.Тишков. СПб., 2001.

Ажгихина Н. Приют для обиженных жен (шведская семья – против насилия)// Независимая газета. 2000. №9.

Вахрушева С. Медовый месяц чередуется с насилием// Новости Санкт-Петербурга. 2000. №23.

Горшкова И.Д., Шурыгина И.И. Насилие над женами в современных российских семьях. М.:МАКС Пресс, 2003.

Глава 9
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ - ЖЕРТВАМ НАСИЛИЯ

9.1. Роль и место привязанности ребенка к матери (родителям) в формировании травмы

В основе привязанностей ребенка лежит образ матери. В психологической работе с ребенком отношение психологической привязанности имеет ключевое значение. Внешне привязанность проявляется как стабильные внутрисемейные отношения. Выделяют следующие типы привязанностей, а именно:

1. Надежная, безопасная привязанность, которая проявляется в ситуации оставления ребенка матерью. При этом он начинает беспокоиться, осуществляет действия, направленные на поиск матери, порой у него возникает эмоциональное расстройство в виде плача.
2. Ненадежная, избегающая привязанность. Основным ее показателем является отсутствие у детей реакции на уход (приход) матери.
3. Амбивалентная привязанность – мама хорошая / плохая. Дети активно реагируют на уход матери, проявляют стремление быть с ней, в то же время они могут быть достаточно агрессивны по отношению к матери. То есть ребенок не может находиться без мамы, но когда она приходит то становиться «плохой».

На основе привязанностей у ребенка формируется внутренняя рабочая модель – модель своего Я и близких, которая лежит в основе их общей истории отношений, что может являться ориентиром в регуляции, интерпретации и предсказании поведения, мыслей и чувств значимого другого и самого индивида.

Особенности психотерапевтических отношений с детьми обусловливаются следующими обстоятельствами, которые требуют учета в формулировании альтернативных гипотез решения проблемы:

1. Реакция ребенка на окружающих способами, которые отражают ранние модели привязанностей.

2. Игнорирование попыток наладить взаимодействие, что проявляется в поведении детей, которые могут сидеть и играть, не обращая внимания на психолога.

3. Амбивалентная привязанность, когда со стороны детей одновременно проявляется и зависимость, и агрессивность: с одной стороны, зависимость от психолога (терапевта), а с другой – агрессия по отношению к нему.

4. Проверка «отношений на прочность», когда дети испытывают страх, что от них могут избавиться, им необходима устойчивость отношений, достаточная их продолжительность и избегание непредсказуемости.

Одним из факторов, опосредствующим насилие, является социальное сиротство как следствие не столько тяжелых социально-экономических проблем, сколько нарушения детско-родительских отношений, особенно когда дети остаются без попечения родителей. Причиной сиротства является насилие.

Выделяют три группы факторов, обусловливающих социальное сиротство:

А. Факторы, связанные с родителями и семьей: собственный негативный опыт родителей; злоупотребление алкоголем; наличие психических заболеваний; негативные особенности родителей (малый интеллект, эгоцентризм, инфантильность; низкий уровень социальной адаптации (недостаточный образовательный уровень, отсутствие профессии, пониженная квалификация); особенности семьи (многодетность, нарушенные отношения между родителями, спутанность ролей в семье, бедность социальных связей); наличие эмоционального, сексуального насилия в семье.

Б. Особенности ребенка: специфика проявления характера у детей; соматические и психические заболевания у ребенка; школьная дезадаптация; нарушение поведения ребенка (уход из дома, употребление наркотиков).

В. Ситуационные факторы: трагические события (пожары, смерти); потеря жилья и работы; попадание в зону военных действий, конфликтов; сепарация ребенка, обусловленная внешними признаками.

9.2. Особенности проявления постстрессовых нарушений и оказания психологической помощи детям

Статистика показывает, что в США дети становятся свидетелями 10—20% убийств, 10% изнасилований, от 1 до 5% детей являются жертвами инцеста и гораздо большее число детей подвергаются или бывают свидетелями семейного насилия.

Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) у детей имеют ряд отличий. Для детей характерны страх перед разлукой, школой, боязнь чужих людей или частые ночные кошмары. У них возникают не имеющие телесной основы головные боли, боли в животе и другие соматические жалобы. Им несвойственны изменения сознания, эмоциональное опустошение или нарушения памяти. Они либо совсем отказываются думать о травме, либо, наоборот, мрачно обыгрывают ее в мечтах или навязчивых играх. Поэтому следует говорить не о ПТСР в собственном смысле этого слова, а о реакциях на острый стресс или расстройствах адаптации либо при воздействии не относимых к категории тяжелых стрессогенных факторов о специфических для детского возраста поведенческих и эмоциональных реакциях.

Травма обычно разрушает основы доверия и искажает восприятие близости с родными. Для подвергшегося насилию ребенка стресс становится постоянным и угроза присутствует всегда. В глазах ребенка

насильник превращается в самого сильного человека и, используя страх и изоляцию, делает его пленником.

При определенных обстоятельствах ребенок начинает испытывать теплые чувства или даже любовь по отношению к агрессору. Дети, подвергшиеся насилию или жестокому обращению, испытывают отчаянную потребность в близости и страх перед отверженностью. Они цепляются за своих родителей, потому что у них нет другого убежища. Вместе с тем источник страха является для них утешением.

В отличие от взрослых дети часто не понимают, что происходит с ними во время насилия, поскольку окружающие не придают этому значения или лгут. Родители систематически вводят их в заблуждение, называя инцест любовью, а избиения - дисциплиной.

Даже став взрослыми, жертвы продолжают отрицать причиненный им вред и защищать родителей, чтобы уйти от необходимости сознания горькой правды. Они с улыбкой говорят о насилии, уменьшая его значимость («Он был лишь только отчимом», «Я больше не вспоминаю об этом»), или оправдывают жестокость («Я был непослушным ребенком», «Наверное, правильно, что меня били палкой, иначе со мной было бы много проблем»). Позже они используют аналогичные оправдания, плохо обращаясь со своими детьми.

Обычно *отрицание* серьезно влияет на психическую жизнь жертвы. За ним стоит неосознанный гнев и страх, порождающие чувство постоянной угрозы и недоверия к окружающим.

Некоторые дети, особенно мальчики, защищаются от пассивности и беспомощности агрессией, провоцируя жестокого отца на избиения. Чтобы сохранить иллюзию заботливого родителя, они расщепляют его как бы на две части, хорошую и плохую, и отождествляют себя с последней. Позже они превращаются в подозрительных, одержимых или агрессивных подростков и взрослых. В свою очередь, они начинают злоупотреблять

алкоголем и наркотиками и жестоко обращаться со своими детьми. Хорошо известно, что многие мужья, избивающие своих жен, подражают в этом отцам.

Другие дети, особенно девочки, обращают гнев против насильника в отвращение и ненависть к себе. Если травма повторяется и меры защиты не помогают, они обвиняют себя в этой жестокости или неумении ее предотвратить. У них падает самооценка, они становятся пассивными, замкнутыми или аутоагрессивными. Любая инициатива или самостоятельное действие превращается в отчаянное и опасное восстание против поработителя. В их интимных отношениях отмечаются постоянные колебания между льнущей зависимостью и испуганным уходом.

Отдаленным следствием насилия над детьми является формирование так называемой *пограничной личности,* отличающейся *неустойчивостью в межличностных отношениях, импульсивным и безрассудным поведением, безосновательным гневом, частыми приступами раздражения и сменами настроения*.

Такие личности склонны к суицидальному поведению и испытывают отчаянный страх, что их покинут. Они ощущают хроническое чувство пустоты и скуки. Их моральные ценности и этические установки отличаются релятивизмом. Им неведомы оттенки чувств: они любят или ненавидят, бывают чрезмерно подчиняемыми или яростно мятежными. Они не переносят одиночества, но и их не выносит ни одна компания.

Беседы с клиентами, у которых отмечаются признаки вызванных стрессом расстройств, в консультативном отношении должны быть дифференцированными[42]. Тактика их зависит от времени, прошедшего после травматической ситуации. Для практической пользы можно различать клиентов, обратившихся:

(а) в пределах первых полутора месяцев,

(б) в течение полугода и

---

[42] *Моховиков А.Н.*Телефонное консультирование. М. : Смысл, 2001. С. 276-280.

(в) по истечении шести месяцев.

В целом консультирование данных клиентов требует актуализации навыков, необходимых для общения с агрессивным и манипулятивным человеком, жертвой насилия, а также «пограничной личностью».

Общим принципом, характеризующим все типы обращений, является установление вначале временной, а затем причинной связи между травмой и возникшими проблемами.

В пределах первых полутора месяцев у клиента преобладают сильные эмоциональные нарушения.

Задачи консультирования состоят в том, чтобы стабилизировать и снизить интенсивность эмоциональных нарушений. Следует работать над формированием отношений доверия, которое бывает утрачено не только к отдельным людям из близкого окружения, но и ко всему миру, и обеспечением возможности чувствовать себя в без-опасности не только во время беседы, но и в остальной жизни.

В течение полугода после экстремальной ситуации основное внимание должно уделяться переживанию травмы, исследованию и переработке травматических воспоминаний и их интеграции. Стоит добиваться того, чтобы вспоминать о травме без навязчивых возвратов в прошлое и поощрять поддержание личностного контроля без уходов от людей и общества.

В беседе важно отработать различия между реальными опасностями и давно ушедшей в прошлое травмой, что снижает эмоциональную настороженность и опасения текущей угрозы. Это направляет собеседников к реальной жизни и фиксирует внимание на возникающих позитивных переменах. Нередко приходится сталкиваться с замкнутостью и нежеланием обсуждать, поэтому консультанту не обойтись без настойчивого терпения.

Другие собеседники, наоборот, рассказывают о своих переживаниях как можно красочнее и детальнее, почти испытывая способность консультанта выслушивать и сочувствовать.

Основной задачей консультирования по истечении полугода после травмы следует считать интеграцию травмы, реинтеграцию личности с дальнейшим развитием устойчивости к травматическим переживаниям и восстановлением связей. В это время у клиентов преобладают личностные нарушения.

Например, если подросток после истязаний находится в изоляции, то его естественные эмоциональные переживания подавляются и он не может возложить вину на агрессора. В результате возникает диссоциация между образами «плохая» и «хорошая» по отношению к себе и другому человеку; он может достичь степени, когда эти четыре части настолько разделяются, что перестают знать о существовании друг друга, то есть возникает расстройство, известное как «множественная личность».

Неправильное обращение с ребенком - это поведение в отношении другого человека, которое выходит за рамки приемлемых норм и влечет за собой существенный риск причинения физического или эмоционального вреда.

Жестокое обращение – это причинение вреда психическому и физическому здоровью ребенка, угроза его развитию или жизни.

Выделяют следующие категории жестокого обращения с детьми:

1. Физическое насилие - нанесение ребенку физической травмы или телесных повреждений, применение жестких физических наказаний.

2. Сексуальное насилие - вовлечение зависимых детей и подростков в сексуальную активность, которую они не полностью осознают и о которой они не могут дать информацию.

3. Пренебрежение потребностями ребенка, нанесение вреда психическому здоровью ребенка их родителями или замещающими их лицами, их пренебрежением потребностью в образовании, присмотре, медицинском, физическом и эмоциональном уходе.

4. Эмоциональное или психическое насилие - это постоянное отвержение, унижение ребенка, превращение ребенка в «козла отпущения»

людьми, которые должны беречь его и заботиться о нем (угроза, запугивание).

Рассмотрим ***причины жестокого обращения*** с детьми**.**

1.Личностные особенности родителей и их семейная история (собственный опыт насилия). Многие взрослые, проявляя жесткость в обращении с детьми, подвергались жесткому обращению сами.

2. Социально-экономические проблемы (бедность, безработица, состояние изоляции, влияние социальных стереотипов). Физическое наказание является наиболее лучшим их решением.

3. Ситуационные факторы. Несоответствие ребенка ожиданиям родителей.

Физическое насилие, его характеристика. Наиболее часто физическое насилие осуществляется под видом физического наказания. Ребенок плохой, непослушный, за это якобы родители его не любят. Статистически доказано, что маленьких детей бьют матери, подростков - отцы.

Основными факторами физического насилия являются: социальный фактор; неуверенность родителей, их незрелость, преувеличенная ценность физического наказания, вынужденная разлука с матерью; искаженное восприятие ребенка; нарушение отношений между родителями; негативный опыт родителей; противоречивое или негативное отношение к детям, которое увеличивает насилие.

Ребенок при физическом насилии усваивает: тот, кто любит, бьет; у ребенка есть право бить других членов семьи; можно применять физическую силу, когда другие методы не действуют.

Основными последствиями физического насилия являются: выраженные негативные эмоции – страх, злость, беспомощность; изменение самооценки образа себя и образа мира; нарушение общения со сверстниками; снижение успешности обучения в школе; невраждебная симптоматика, фобии; задержка психического развития; отчетливые протестные реакции.

Помимо обращения в психологические службы и службы неотложной телефонной помощи, собеседников следует побудить к занятиям в терапевтических группах. Они являются более эффективным методом лечения при стрессовых расстройствах, чем индивидуальная психотерапия.

Группа помогает легче и быстрее преодолеть пассивность и подчиняемость. Даже простое сочувствие или участие со стороны вызывает положительные перемены в состоянии участников. Группы оказываются также эффективной социальной поддержкой в восстановлении разрушенных связей с действительностью и существенно повышают самооценку участников. В них перенесшие экстремальные ситуации, по сути, становятся собственными целителями и авторитетами в области своих переживаний.

Для преодоления недоверия и замкнутости существенной является помощь семьи и друзей. Сеть социальных служб способствует тому, что люди в случае необходимости могут получить помощь.

9.3. Консультирование в условиях жестокого обращения с ребенком

Основными *целями* оказания психологической помощи ребенку, пережившему насилие являются: показ связи симптомов с травмой; повышение способности говорить и думать о травме; обучение умениям выражать чувства и их раскрывать; исследование коллективных нарушений и их коррекция; развитие адаптивных способов мышления по отношению к себе и к насилию.

При оказании психологической помощи целесообразно исходить из основных индикаторов насилия. Индикаторами *физического насилия* являются: необъяснимая отсрочка обращения родителей к врачу для оказания психологической помощи ребенку; противоречие в рассказах о сообщаемой истории ребенка и родителей; получение ребенком повторных травм; наличие ситуаций, когда родители обвиняют ребенка в том, что он это сделал

сам, или перекладывают ответственность на других людей; обвинения ребенком родителей; многократное помещение ребенка в учреждение травмпункта; нереалистичные и преждевременные ожидания от ребенка.

Индикаторами *сексуального насилия* могут быть: необычное сексуальное поведение и познание; сексуализированное выражение привязанности; неуместные игры с игрушками; проявление чрезмерного внимания к гениталиям; имитация полового акта с симблингами, братьями и животными; хватание за грудь; болезни, передающиеся половым путем; внезапные, глубокие личные депрессии; спутанность физических границ; секреты между взрослым и ребенком, уговоры и подарки; низкая самооценка, сосредоточение излишнего внимания на внешнем виде; отказ от пищи или чрезмерное употребление пищи; в случаях наличия инцеста (кровосмесительной связи) закрытый и изолированный образ поведения; дистанция между матерью и ребенком.

Наличие трех-четырех перечисленных симптомов свидетельствует о необходимости оказания реальной, иногда превентивной психологической помощи ребенку в следующей последовательности (см табл.1).

Таблица 1

Детские реакции на травму и шаги помощи

Симптомы	**Помощь**
3-7 лет Беспомощность, пассивность	**3-7 лет** Обеспечение поддержки, отдыха, комфорта, пищи, возможность играть или рисовать
Генерализованный страх	Восстановление защиты со стороны взрослых
Познавательные трудности (что-то ребенку непонятно)	Повторные конкретные разъяснения ожидаемых событий
Трудности распознавания собственных беспокойств	Нужно познакомить ребенка с эмоциональным названием общих реакций
Недостаточность вербализации (проговаривания)	Помощь в вербализации общих чувств и жалоб
Приписывание мальчишеских свойств воспоминаниям о травме	Отделение травмы от вещественных напоминаний
Расстройство сна (ночные страхи, кошмары,	Необходимо поощрять рассказы ребенка о

страх засыпания, страх оставаться одному)	страхах родителям и воспитателям
Тревожная привязанность	Обеспечение постоянной заботы и ухода
Регрессивные симптомы (сосание пальца, энурез)	Необходима толерантность взрослых к этим временным проявлениям
Тревоги, связанные с непониманием смерти, фиксация на вопросах лечения от смертельной болезни, ожидание того, что умершие могут вернуться, напасть	Объяснение физической реальности смерти
С 7 до 11 лет Поглощенность собственными действиями во время события, выражение беспокойства по поводу вины	**С 7 до 11 лет** Выражение скрытых переживаний по поводу события
Специфические страхи, запускаемые в одиночестве	Помощь в идентификации страхов, тревоги, предупреждении их генерализации
Пересказы событий и травмирование ими, искаженные детализации	Разрешение говорить и играть, разбор искажений, знание о нормальности чувств и реакций
Страх быть подавленным своими переживаниями	Специфические выражения страха, гнева, печали в присутствии взрослого и при его поддержке, чтобы предупредить чувства захваченности переживаниями
Нарушение концентрации внимания и общения	Необходимо помогать учителям, сообщая им о том, когда мысли и чувства ребенка мешают его учебе
Нарушение сна	Поддержка ребенка в его рассказах о снах, объяснение причин снов
Забота о своей безопасности и безопасности других	Помочь ребенку выразить беспокойство и успокоить его реалистической информацией
Нарушение поведения или нестабильное поведение	Необходимо оказывать помощь в том, чтобы справиться с переживаниями, и призвать к самоконтролю
Соматические жалобы	Необходимо помогать идентифицировать во время события телесные ощущения
Пристальное внимание к реакциям родителей, страх перед их расстройствами	Предложение родителям встречаться с детьми, чтобы помочь родителям понять, что они чувствуют их дети
Забота о других жертвах и их семьях	Поощрение конструктивных действий в интересах «раненых» детей
Страх и чувство измененности	Сокращение переживаемых воспоминаний. Проводится направленное фантазирование. Опрос после рисования: что рисуют нетравмированные, благополучные дети, без травмы.
Подростковый возраст Взгляд на себя со стороны, переживание стыда и вины	**Подростковый возраст** Необходимо подробно обсуждать событие, формировать представления о возможных чувствах
Тревожное осмысление своих страхов, чувство уязвимости и другие эмоциональные реакции	Помощь в понимании того, что способность переживать страх - признак взрослости

Посттравматические срывы (алкоголь, наркотики, деликвентное поведение, сексуальные отклонения)	Помощь в понимании того, что такое поведение - это попытка блокировать свои реакции на события и заглушить гнев
Опасные для жизни правила, саморазрушающее и виктимное поведение	Необходимо обращаться к побуждению такого поведения и связывать его с возбудимостью
Резкие изменения в межличностных отношениях	Необходимо обсуждать возможные трудности в общении со сверстниками и семьей
Желания и планы мести	Необходимо выслушать имеющиеся планы и обратить внимание на реальные последствия исполнения конструктивных альтернативных решений
Радикальное изменение жизненных установок, влияющих на формирование идентичности	На рациональном уровне увязывать имеющиеся установки с влиянием травмы и возможные пути ее преодоления
Преждевременное вхождение во взрослую жизнь. Уход из школы, нежелание жить дома	Поощрять отсроченные решения, чтобы дать время осмыслить свои реакции на травматические события

В целом основными базовыми шагами при оказании психологической помощи являются: создание безопасной атмосферы; параллельная работа с семьей (к работе может подключаться и другой терапевт); проработка симптомов тревоги; разговор с ребенком о чувствах родителей; поддержка ребенка; объяснение ребенку хороших и плохих прикосновений; проработка когнитивных искажений; обучение ребенка конструктивному поведению, переживанию потерь.

Насилие, связанное с угрозой для жизни (помощь ребенку). В ситуациях, когда ребенок пережил насилие по отношению к себе или членам семьи или стал свидетелем нанесения увечий другим людям, он также нуждается в оказании психологической помощи. В этом случае ребенок переживает такие же сильные чувства, какие переживает и взрослый (страх повторения события, разрушение иллюзии справедливости мира, беспомощность).

Прямое насилие над ребенком может оказаться слишком трудным, непереносимым для него, что выражается в молчании и оцепенении.

У ребенка может зафиксироваться в памяти картина события. Он может снова и снова рисовать самые страшные моменты произошедшего (изуродованные или раненые люди). Если ребенок связывает действия преступника с яростью, ненавистью, то теряет веру в то, что взрослые могут справиться с собой, начинает бояться собственных неконтролируемых эмоций, особенно если у него есть фантазии, связанные с местью.

Ребенок может испытывать чувство вины, т.е. считать причиной события свое предшествующее поведение. Главное, что ребенок, переживший травматическое событие, не видит дальнейшей жизненной перспективы – не знает, что будет с ним через день, месяц, год, он теряет интерес к ранее увлекательным занятиям. Для ребенка пережитое событие может стать причиной остановки в личностном развитии.

Психологическая помощь при физическом насилии основывается на отработке травматических переживаний – а именно: преодоление недоверия; помощь в отреагировании на негативные эмоции; коррекция когнитивных искажений; проявление атрибуции как приписывание ответственности; отделение позиции ребенка от позиции родителей. В этой связи для психолога очень важно дать понять ребенку, что ему небезразлично то, что он пережил, что он знал других детей, которые тоже через это прошли («Ты не один. Я знаю одного очень смелого, мужественного мальчика, с которым тоже такое случилось»).

Оценивая психологическую помощь, специалист должен создать атмосферу безопасности (обнимать ребенка как можно чаще, разговаривать с ним, принимайте участие в его играх). Вместе с ребенком он может посмотреть хорошие фотографии - это позволит обратиться к ранним образам и смягчить недавнюю травматическую память.

Психолог сводит разговоры о событии с описания деталей на чувства. Помогите ребенку выстроить жизненную перспективу (конкретные цели на

конкретные сроки). Повторяет, что совершенно нормально чувствовать беспомощность, страх и гнев.

Важно повышать самооценку ребенка (чаще хвалить его поступки), поощрять его игры с песком, водой, глиной, помогая тем самым вынести вовне его переживания в виде образов. Вместе с тем нельзя позволять ребенку стать тираном, исполнять любые его желания из чувства жалости.

При оказании помощи ребенку весьма важной является параллельная работа с родителями, базовыми шагами которой являются: оказание психологической помощи родителям в решении актуальных задач; преодоление сформировавшихся стереотипов реагирования на проблемное поведение ребенка; отработка собственного опыта родителей, установление терапевтических отношений психолога с родителями; отреагирование на актуальные переживания; налаживание взаимоотношений родителей с ребенком.

Литература

Козлов Н.И. Как относиться к себе и людям, или Практическая психология на каждый день. -2-е изд., перераб. и доп. М. : Новая школа; АСТ-Пресс, 1996.

Козырева Е.А. Программа психологического сопровождения школьников, их учителей и родителей. М. : Изд-во «Магистр», 1997.

Черепанова Е.М. Психологический стресс: помоги себе и ребенку. М.: Изд-во «Академия», 1997.

Фопель К. Как научить детей сотрудничать. М.: Генезис, 1998.

Глава 10
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СУИЦИДАЛЬНЫМ КЛИЕНТАМ

10.1. Суицидальное поведение в исторической ретроспективе

Суицидальное поведение в настоящее время является глобальной социально-психологической проблемой. В большинстве стран мира самоубийства находятся среди первых десяти причин преждевременной смерти. В мире ежегодно 400 тысяч человек лишают себя жизни. На протяжении человеческой истории проблему самоубийства рассматривали вначале с технологических, позже с философских и нравственных позиций, затем, с середины XIX столетия, к выяснению ее привлекались знания из области психиатрии, психологии, юриспруденции и социологии. Это позволяет сегодня рассматривать феномен самоубийства с мультидисциплинарных позиций[43].

С глубокой древности причины и технология суицида, отношение к нему тесным образом были связаны с тем, как то или иное общество, группа или культура воспринимали понятие смерти. Это определяло различающиеся отношения государства, священнослужителей, законоучителей, философов и простых людей к самоубийству.

В *традиционных*, так называемых примитивных, культурах на смерть смотрели двойственно. Для человека той, давней эпохи она могла быть плохой или хорошей. Плохая смерть обычно связывалась с самоубий-ством.

В анимистических представлениях суицидентов превращали после смерти в маленьких злых духов, способных влиять на живущих порчей и другими вредоносными воздействиями. Эти взгляды дошли до нас в

---

[43] *Моховиков А.Н.* Суицидальное поведение // Телефонное консультирование. М. : Смысл, 2001. С. 289.

народных верованиях и преданиях ряда племен Африки, Азии и Южной Америки, находящихся на родоплеменном этапе развития.

Шаманизм, в том числе и современный, также неодобрительно относится к суицидам. Например, буряты верят, что души покончивших с собой превращаются в мучителей своих родственников. Местом их обитания становится водяная пучина, в которую они стараются заманить купальщиков. При том, что погребальный обряд бурят расписан до мельчайших деталей, суицидентам в нем даже не нашлось места.

По-видимому, первым дошедшим до нас письменным источником, сохранившим упоминания о суициде, является *древнеегипетский* «Спор человека со своей душой». Он относится к эпохе Древнего царства (XXI век до н.э.) и был написан неизвестным автором во времена ломки общественных порядков и нравов в Древнем Египте. Весь «Спор» проникнут переживаниями покинутости и заброшенности, герой его чувствует себя одиноким в окружающем обществе, в котором ему все чуждо и враждебно.

Язык суицидологии, с одной стороны, и язык философии, религии, художественной литературы - с другой, образуют разные гештальты суицида. То есть вполне возможно, что, по крайней мере, на определенных этапах древнеегипетской цивилизации отношение к самоубийству было вполне толерантным.

Греко-римская культура относилась к самоубийству неоднозначно. Самоуничтожение было связано с пониманием греками и римлянами свободы, являвшейся одной из основных идей их философской мысли. Для них свобода состояла прежде всего в свободе от внешнего контроля, в самостоятельном контроле собственной жизни. Ее высшей формой становится свобода в принятии решения — продолжать жизнь или умереть. Свобода для греков и римлян была проявлением творчества, поэтому самоубийство в известной мере являлось креативным актом.

По определению критерия допустимости самоубийства древнегреческих философов можно разделить на три лагеря.

Пифагорейцы считали, что суицид был мятежом против установленной богами почти математической дисциплины окружающего мира, внесением в него диссонанса и нарушением симметрии.

Аристотель полагал, что смерть приходит в положенный час и ее следует приветствовать, самоубийство — проявление трусости и малодушия, даже если оно спасало от бедности, безответной любви, телесного или душевного недуга. Он утверждал в «Никомаховой этике», что, убивая себя, человек преступает закон и поэтому как афинский гражданин виновен перед собой и перед государством, оскверненным пролитой кровью. Не случайно в Афинах существовал обычай отрубать и хоронить отдельно руку самоубийцы.

Сократ считал, что самоубийство недопустимо, ибо жизнь человека зависит от богов: «Не по своей воле пришел ты в этот мир и не вправе устраниться от собственного жребия». Но видит выход из трудного положения: добровольная смерть может быть позволительной, если необходимость смерти указана всевидящими богами.

Платон был уверен, что отношения тела и души сложны и проблематичны, злые поступки тела оскверняют душу, делая ее несчастной, и не дают возможности полностью отделиться и вернуться в мир идей. Это идеальное существование после смерти, не являясь прямым призывом к суициду, тем не менее создавало вполне определенную атмосферу, заставлявшую человека поверить, что уход от земной жизни является единственным путем к совершенному бытию. Платон также полагал, что разум дается человеку для того, чтобы иметь мужество переносить жизнь, полную горестей и страданий.

Ряд философов считали, что сущность жизни и смерти не является серьезной проблемой. Для Эпикура и его учеников целью жизни было удовольствие, поэтому суицид они считали возможным и даже желательным («Смерть для нас ничто, потому что когда мы есть,

смерти нет, когда смерть есть, нас нет»). Если обстоятельства делают жизнь невыносимой или наступает пресыщение, по их мнению, следует добровольно расстаться с ней.

В *императорском Риме* под влиянием философии стоицизма возникла патетика смерти. В «Анналах» Тацита можно прочитать: «Я приготовился к смерти своей, решил умереть славной смертью». Для Цицерона суицид не являлся большим злом. Цель жизни, по его мнению, состоит в том, чтобы жить и любить себя в соответствии с природой: самоубийство для мудреца, желающего быть верным ей до конца, могло быть вполне полезным.

Древние иудеи относились к самоубийству отрицательно. Бог дал каждому свободу решать, следовать ли за ним. Если человек верит, что Бог господствует над землей и принимает эти отношения, то он становится свободным от желания самодеструкции.

Иудаизм относился к жизни творчески, как к непреходящей ценности. В этом контексте самоубийство выглядит как помеха, разрушение возможности творческого созидания жизни. Оно категорически запрещено Торой. Это определяется уже первыми строками книги Бытия, утверждающими, что жизнь хороша, ее следует ценить, никогда не отчаиваться, ибо за всем, что бы ни происходило, стоит Бог.

В Талмуде попытка самоубийства рассматривается как преступление, подлежавшее суду и наказанию. Однако допускается, что преступник-жертва мог действовать в состоянии умоисступления и потому больше нуждается в жалости и сострадании, чем в преследовании по закону.

Для *японской культуры* также характерна солидарность в отношении самоубийства, однако совершенно противоположного рода. Как ни в какой другой культуре, оно носит ритуальный характер и окружено ореолом святости. Это определяется религиозными традициями синтоизма и национальными обычаями, регламентировавшими ситуации, в которых суициду не было альтернативы. С давних времен японское общество от-

личалось жесткой иерархией, которую венчал император - воплощение и прямой наследник Богини Солнца. Каждое царствование было эпохой, смерть императора или феодала означала, что жизнь многих подданных тоже закончилась. Подданные питали к правителям глубокое уважение и рассчитывали поддерживать с ними вечные отношения. Воинское сословие самураев имело особый кодекс - бусидо, в котором декларировалось презрение к собственной жизни, страданиям и боли.

Самоубийство по определенному ритуалу было для них безальтернативным, если следовало искупить вину или выразить протест против несправедливости для сохранения чести. Оно совершалось двумя особыми методами: харакири (вспарывание живота) или откусыванием собственного языка.

В *исламе* самоубийство — тяжелейший из грехов и решительно запрещается Кораном. Тем не менее его идеологические установки далеко не всегда определяли реальное поведение правоверных мусульман, по крайней мере некоторых, которые вполне поощряли героические самоубийства во имя отечества и Аллаха. Однако и сегодня мусульманские страны характеризуются самым низким числом самоубийств на душу населения в мире.

Долгая история *Древней Индии* оставила различные свидетельства, касающиеся самоубийства. Конечной целью почти всех ее философских систем было «освобождение» от цепи рождений (кармы) и слияние с миром Брахмы - последней основы мироздания. Метод «освобождения» на слияние не влиял, и оно нередко достигалось путем суицида.

Буддизм, как известно, существует в виде двух вариантов: махаяны (или ламаизма), распространенной на Тибете, среди бурятов и монголов, и хинаяны («малой колесницы»), преобладающей в Китае, Японии и других южноазиатских странах. Его суть состоит в вере в бесконечность перерождений (*сансара*). Прекратить ее можно только в состоянии Будды, мирянину же это абсолютно недоступно. Самоубийство не может прервать

сансару, а только привести к дальнейшему перерождению, но уже ни в коем случае не человека, а, например, животного или голодного демона. Эта перспектива, естественно, не является привлекательной, поэтому истинный буддист категорически отвергает самоубийство.

Сторонники хинаяны в отдельных случаях допускали ритуальные самоубийства священнослужителей, особенно монахов. В Японии такое самоубийство именуется «нюдзе». Ведя аскетический образ жизни, монахи в конечном счете отказывались от еды и питья, веря, что тем самым могут спасти людей и мир от многочисленных грехов.

Как свидетельствует история, в *христианстве* четкое отношение к суицидам сформировались не сразу. В Евангелии о них говорится лишь косвенно, при упоминании о смерти Иуды Искариота.

Первым из Отцов церкви самоубийство осудил в IV в. Блаженный Августин, таким образом отреагировав на эпидемический рост количества самоубийств в то время. Он считал самоубийство поступком, который заранее исключает возможность покаяния и является формой убийства, нарушающей шестую заповедь — «Не убий». Его следует считать злом при всех обстоятельствах, за исключением случаев, когда от Бога поступает прямая команда (как это было в истории с Самсоном).

Столетия спустя, в XIII в. католический теолог *Фома Аквинский* был еще более категоричен и осуждал самоубийство на основании трех постулатов:

а) самоубийство является нарушением закона природы, в соответствии с которым «все естественное должно поддерживать свое бытие» и который предписывает любить себя;

б) оно представляет собой нарушение закона морали, поскольку наносит ущерб обществу, частью которого является самоубийца;

в) самоубийство есть нарушение Закона Божьего, который подчиняет человека божественному провидению и оставляет право забирать жизнь только самому Богу.

Великий Данте Алигьери в полном соответствии с традициями данной доктрины в «Божественной комедии» поместил самоубийц среди мучающихся в аду грешников. Их души превращались в деревья, а безжизненные тела вечно висели на них, возбуждая у остальных обитателей ужас и отвращение.

Жесткие установки христианства, закрепленные на Западе постановлением Тридентского собора (1568 г.), официально признавшего на основании заповеди «Не убий» суицид убийством, почти на полтора тысячелетия сформировали соответствующие законодательные меры в большинстве государств Европы и определили доминирующее отношение общества к самоубийцам.

Сегодня большинство христианских конфессий хотя и не отходит от твердого этического кодекса по отношению к суицидам, но на практике стремится проявлять толерантность и учитывать глубинные психологические причины и социальные факторы самоубийств.

Протестантский теолог *Дитрих Бонгеффер*, расстрелянный нацистами в тюрьме, осуждал суицид как грех, совершая который человек отрицает Бога. И все же он не распространял это на военнопленных, жертв Холокоста или концентрационных лагерей.

Закономерен интерес *немецкой классической философии* к проблеме самоубийства. Критический гений Иммануила Канта здесь дал сбой и, по сути, продолжил традицию Фомы Аквинского, заявив: «Самоубийство является оскорблением человечества». Кант оправдывал абсолютный моральный запрет на самоубийство на основании присущего этому акту внутреннего противоречия: мы не можем предпринимать попытки улучшить свою участь путем полного саморазрушения; самоубийство — это эгоистический акт, поэтому оно парадоксально и по логике является актом поражения. Проявление чувства любви к самому себе - это продолжение жизни, и она входит в противоречие с собой, если приведет к самоуничтожению.

В приведенных размышлениях нельзя не усмотреть того, что в современной суицидологии именуется амбивалентностью - наличием в акте самоубийства двух несовместимых целей: желания умереть и желания улучшить свою жизнь.

В *Древней Руси* до принятия христианства, как свидетельствует Н.М.Карамзин в «Истории государства Российского», «славянки не хотели переживать мужей и добровольно сожигались на костре с их трупами. Вдова живая бесчестила семейство». Позднее умерших не по-христиански (то есть посредством самоубийства) хоронили по давнему языческому обычаю отдельно от остальных, под домашним порогом, нередко пробив грудь самоубийцы осиновым колом, что являлось защитой от «нечистой» силы.

Законом предусматривалась недействительность духовных завещаний самоубийц. Однако наказанию не подлежали суицидальные действия, совершавшиеся по соображениям чести и самопожертвования, а также произведенные в состоянии умопомешательства.

При *Петре I* в Военном и Морском артикуле появилась суровая запись, касающаяся самоубийц: «Ежели кто себя убьет, то мертвое тело привязать к лошади, волоча по улицам, за ноги подвесить, дабы, *смотря на то,* другие такого беззакония над собой чинить не отважились».

В современной социальной концепции *Русской православной церкви* (2000 г.) отношение к самоубийству остается прежним, а эвтаназия трактуется как форма убийства или самоубийства, в зависимости от того, участвует ли в этом действии пациент с применением соответствующих канонических правил. В концепции особо подчеркивается, что вину самоубийцы разделяют окружающие его люди, оказавшиеся неспособными к действенному состраданию и проявлению милосердия.

Первым исследователем, заложившим краеугольный камень в здание современной суицидологии, был французский *социолог Эмиль Дюркгейм*. В фундаментальном исследовании *«Самоубийство» (1897)* он утверждал, что

суицид следует объяснять, учитывая внешние обстоятельства, прежде всего особенности общества. В соответствии с его взглядами существует три основных вида суицидов.

Большинство актов аутоагрессии являются *эгоистическими.* Саморазрушение при этом возникает потому, что индивид чувствует себя отчужденным и изолированным от общества, семьи и друзей.

Нередко встречаются *аномические* самоубийства, являющиеся следствием неудач в приспособлении человека к изменениям в обществе, приводящим к нарушению взаимной связи личности и социальной группы, – это утрата индивидом способности адаптации к социальным требованиям. Самоубийства резко учащаются во время общественно-экономических кризисов, но сохраняются и в периоды социального процветания, когда у быстро приобретающих большие материальные блага людей появляется необходимость приспособиться к новым, отличным от прежних условиям жизни.

Последний вид аутоагрессии Э.Дюркгейм называл *альтруистическим*, который совершается во имя блага социальной группы. Это суицид, который совершается человеком, если авторитет социума или группы подавляет его собственную эго-идентичность и он жертвует собой во благо общества, ради какой-либо социальной, религиозной или философской идеи.

Выделяют еще и *фаталистический* суицид как следствие сверхконтроля, чрезмерного регулирования индивидуумом своих действий.

Анатомо-антропологическая концепция - делает акцент на неблагоприятной наследственности, как на отдаленной причине суицидального поведения. Роль воли и сознания человека снижается или вовсе отрицается. Еще в 1889 г. И.М.Гвоздев считал, что причиной суицида является сращение твердой мозговой оболочки с костями черепа, плюс пьянство и онанизм.

В 1884 г. И.И.Козлов, профессор Киевского университета, причину суицида видит в сужении Яремной дыры черепа. В 1925 г. Л.М.Минаков и А.И.Крюков - в раннем зарастании черепных швов, неровностях и шереховатостях внутренней поверхности черепа, истончении черепных швов и др.

Параллельно была разработана **психиатрическая (психопатологическая) концепция** суицида - о самоубийстве как проявлении психической патологии личности. Еще в 1891г. П.Г.Розганов писал, что все самоубийцы – душевнобольные люди.

В 1889 г. И.М.Гвоздев отмечал, что самоубийство - это проявление нашей умственной деятельности, достигшей последних границ своей ненормальности.

В.М.Бехтерев в 1912 г. писал, что до ¼ самоубийств совершается душевнобольными людьми. Но бывают люди здоровые, которые вполне обдуманно совершают самоубийство. Они склонны впадать в угнетающий эффект.

На учете в ПНД состояло 22,3 % суицидентов в 1970 году. Только у 25-30 % покончивших с собой обнаруживались психические заболевания.

В начале XX в. аутоагрессивное поведение стало пристально изучаться представителями **психоанализа.** Перу его основателя З.Фрейда принадлежит работа *«Печаль и меланхолия» (1910),* где разработана психологическая (психоаналитическая) концепция. Ее появление в свете по времени совпадает со знаменитым заседанием Венского психо-аналитического общества, на котором впервые обсуждалась проблема суицидального поведения. В этой работе Фрейд анализирует суицид на основании представлений о существовании в человеке двух основных влечений: Эроса - инстинкта жизни и Танатоса - инстинкта смерти, саморазрушения (смерти). Человеческая жизнь является полем битвы между ними. Человек не только хочет жить, быть любимым и продолжить себя в своих детях - бывают периоды или состояния души, когда

желанной оказывается смерть. С возрастом сила Эроса убывает, а Танатос становится все более сильным, напористым и реализует себя полностью, лишь приведя человека к смерти.

По Фрейду, суицид и убийство являются проявлениями разрушительного влияния Танатоса, то есть агрессией. Различие состоит в ее направленности на себя или на других. Совершая аутоагрессивный поступок, человек убивает в себе интроецированный объект любви, к которому испытывает амбивалентные чувства. Господство Танатоса вместе с тем почти никогда не бывает абсолютным, что открывает возможность предотвращения самоубийства.

Основатель индивидуальной психологии А.Адлер полагал, что быть человеком означает прежде всего ощущать собственную неполноценность. Жизнь заключается в стремлении к цели, которая может не осознаваться, но направляет все поступки индивида и формирует жизненный стиль. Чувство неполноценности возникает в раннем детстве и основано на физической и психической беспомощности, усугубляемой различными дефектами. Для человека экзистенциально важно ощущать общность с другими людьми. Поэтому в течение всей жизни он находится в поиске преодоления комплекса неполноценности, его компенсации или сверхкомпенсации. Он реализуется в стремлении к самоутверждению, власти, которая становится движущей силой человеческого поведения и делает жизнь осмысленной.

Однако такой поиск может натолкнуться на значительные препятствия и привести к кризисной ситуации, с которой начинается «бегство» к суициду:

- утрачивается чувство общности;

- между человеком и окружающими устанавливается «дистанция», канонизирующая непереносимость трудностей;

- в сфере эмоций возникает нечто напоминающее «предстартовую лихорадку» с преобладанием аффектов ярости, ненависти и мщения;

- «дистанция» формирует заколдованный круг, и человек оказывается в состоянии застоя, мешающем ему приблизиться к реальности окружающей жизни.

В итоге возникает регрессия - действие, состоящее в суицидальной попытке, которая одновременно является актом мести и осуждения тех, кто ответствен за непереносимое чувство неполноценности, и поиском сочувствия к себе.

В 1928 г. Адлер писал, **желание смерти - это защитная реакция в форме более или менее осознаваемой мести самому себе или другому лицу.** Он подчеркивал, что поскольку человеку свойственно внутреннее стремление к цели, чаще всего бессознательной, то, зная последовательность поступков в случае аутоагрессии, ее можно предотвратить.

Последователь школы психоанализа К.Меннинкгер (в 50-60-х гг.) развил представления З.Фрейда о суициде, исследовав его глубинные мотивы. Он писал, что суицидальному поведению способствуют такие характериологические черты, как сочетание враждебности, агрессивности с инфантильной зависимостью.

Ученый выделил три составные части суицидального поведения. По его мнению, для того чтобы совершить самоубийство, необходимо:

1) **желание убить**. Суициденты, будучи в большинстве своем инфантильными личностями, реагируют яростью на помехи или препятствия, стоящие на пути реализации их желаний;
2) **желание быть убитым**. Если убийство является крайней формой агрессии, то суицид представляет собой высшую степень подчинения: человек может не выдержать укоров совести и страданий из-за нарушения моральных норм и потому видит искупление вины лишь в прекращении жизни;
3) ***желание умереть***. Оно является распространенным среди людей, склонных подвергать свою жизнь необоснованному риску, а также

среди больных, считающих смерть единственным лекарством от телесных и душевных мучений.

Таким образом, если у человека возникают сразу три описанных К.Меннинкгером желания, суицид превращается в неотвратимую реальность, а их разнесение во времени обусловливают менее серьезные проявления аутоагрессивного поведения.

К.Г.Юнг, рассматривая самоубийство, указывал на бессознательное стремление человека к духовному перерождению, которое может стать важной причиной смерти от собственных рук. Это стремление обусловлено актуализацией одного из архетипов коллективного бессознательного, принимающего различные формы:

1) ***метемпсихоза*** (переселения душ), когда жизнь человека продлевается чередой различных телесных воплощений;

2) ***перевоплощения***, предполагающего сохранение непрерывности личности и новое рождение в человеческом теле;

3) ***воскрешения*** - восстановления человеческой жизни после смерти в состоянии нетленности, так называемого «тонкого тела»;

4) ***возрождения*** - восстановления в пределах индивидуальной жизни с превращением смертного существа в бессмертное;

5) ***переносного возрождения*** путем трансформации, происходящей не прямо, а вне личности.

Архетип Возрождения несет в себе мыслеобраз о награде, ожидающей человека, находящегося в условиях невыносимого существования, и связан с другим архетипом - матери, который влечет человека к метафорическому возвращению в чрево матери, где можно ощутить долгожданное чувство безопасности.

К.Хорни, видная представительница психодинамического направления в психологии, полагала, что при нарушении взаимоотношений между людьми возникает невротический конфликт, порожденный так называемой базисной тревогой. Она появляется еще в детском возрасте из-за ощущения враждебности

окружения. Кроме тревожности, в невротической ситуации человек чувствует одиночество, беспомощность, зависимость и враждебность. Эти признаки могут стать основой суицидального поведения (например, детская зависимость взрослого человека с глубоким чувством неполноценности и несоответствием образу идеального *Я* или стандартам, существующим в обществе).

Враждебность при конфликте актуализирует, как считала К.Хорни, «разрушительные наклонности, направленные на самих себя». Они не обязательно принимают форму побуждения к самоубийству, но могут проявляться презрением, отвращением или глобальным отрицанием. Они усиливаются, если внешние трудности сочетаются с эгоцентрической установкой или иллюзиями человека. Тогда враждебность и презрение к себе и другим людям могут стать настолько сильными, что разрешить себе погибнуть становится привлекательным способом мести.

В ряде случаев именно добровольная смерть представляется единственным способом утвердить свое Я. Интересно, что покорность судьбе, при которой аутодеструктивность является преобладающей тенденцией, К.Хорни также рассматривала как латентную форму самоубийства.

Американский психоаналитик Г.С.Салливан анализировал суицид с точки зрения своей теории межличностного общения. Самооценка индивида, считал он, возникает главным образом из отношения к нему других людей. Благодаря этому у него могут сформироваться три образа *Я:*

- «хорошее *Я»* - если отношение других обеспечивает безопасность;
- «плохое *Я»* - если окружение порождает тревогу или другие эмоциональные нарушения; кроме того, Г.Салливан утверждает, что существует и третий образ;
- «не-*Я*», возникающий, если утрачивается эгоидентичность, например, при душевном расстройстве или суицидальной ситуации.

Жизненные кризисы или межличностные конфликты обрекают индивида на длительное существование в образе «плохого *Я»,* являющегося источником мучений и душевного дискомфорта. В этом случае прекращение страданий путем совершения аутоагрессии и превращения «плохого *Я»* в «не-*Я*» может стать приемлемой или единственно возможной альтернативой. Но этим же актом человек одновременно заявляет о своей враждебности к другим людям и миру в целом.

Роль тревоги и других эмоциональных переживаний в происхождении суицидального поведения подчеркивалась и представителями *гуманистической психологии* (Р.Мэй, К.Роджерс и др.).

Для Р.Мэя тревога являлась не только клиническим признаком, но и экзистенциальным проявлением, важнейшей конструктивной силой в человеческой жизни. Он считал ее переживанием «встречи бытия с небытием» и «парадокса свободы и реального существования человека».

К.Роджерс полагал, что основная тенденция жизни состоит в актуализации, сохранении и усилении *Я,* формирующегося во взаимодействии со средой и другими людьми. Если структура *Я* является ригидной, то не согласующийся с ней реальный опыт, который воспринимается как угроза жизни личности, искажается либо отрицается. Не признавая его, человек как бы заключает себя в темницу. Не переставая от этого существовать, опыт отчуждается от *Я,* в силу чего теряется контакт с реальностью.

Таким образом, вначале не доверяя собственному опыту, *Я* впоследствии полностью теряет доверие к себе. Это приводит к осознанию полного одиночества. Утрачивается вера в себя, появляется ненависть и презрение к жизни, смерть идеализируется, что приводит к суицидальным тенденциям.

Основоположник и классик логотерапии В.Франкл рассматривал самоубийство в контексте смысла жизни и свободы человека, а также психологии смерти и умирания. Человек, которому свойственна осмысленность существования, свободен в отношении способа собственного бытия. Однако

при этом в жизни он сталкивается с экзистенциальной ограниченностью на трех уровнях: *терпит поражения, страдает и должен умереть.* Поэтому задача человека состоит в том, чтобы, осознав ее, перенести неудачи и страдания. Этот опыт В.Франкл вынес из застенков концентрационных лагерей, где ежеминутно находился под угрозой смерти, что делало само собой разумеющейся мысль о самоубийстве. Идея самоубийства, по В.Франклу, принципиально противоположна постулату, что жизнь при любых обстоятельствах полна смысла для каждого человека. Но само наличие идеи самоубийства - возможность выбрать самоубийство, принять радикальный вызов самому себе - отличает человеческий способ бытия от существования животных.

В.Франкл относился к самоубийству с сожалением и настаивал, что ему нет законного, в том числе нравственного, оправдания. Таким путем не искупить вину перед другими: только ошибающаяся совесть может приказать совершить самоубийство. Человеку следует повиноваться жизненным правилам: не пытаться выиграть любой ценой, но и не прекращать борьбы даже в условиях невыносимости существования. Самоубийство лишает человека возможности, пережив страдания, приобрести новый опыт и, следовательно, развиваться дальше. В случае суицида жизнь становится поражением. В конечном счете самоубийца не боится смерти - он боится жизни, считал В.Франкл.

В этом кратком обзоре заслуживают упоминания два современных американских ученых - Эдвин Шнейдман и Норман Фарбероу, исследования которых определяют лицо современной суицидологии.

Э.Шнейдман, первый в мире профессор по специальности «танатология» Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе и основатель Американской ассоциации суицидологии, внес огромный вклад в эту науку, являясь представителем феноменологического направления. Он впервые описал признаки, которые свидетельствуют о приближении возможного самоубийства, назвав их «ключами к суициду». Им тщательно исследованы существующие в

обществе мифы относительно суицидального поведения, а также некоторые особенности личности, обусловливающие суицидальное поведение.

Последнее отражено в созданной названной ученым оригинальной типологии индивидов, играющих непосредственную, часто сознательную роль в приближении собственной смерти. Она включает:

(1) искателей смерти, намеренно расстающихся с жизнью, сводя возможность спасения до минимума;

(2) инициаторов смерти, намеренно приближающих ее (например, тяжелобольные, сознательно лишающие себя систем жизнеобеспечения);

(3) игроков со смертью, склонных испытывать ситуации, где жизнь является ставкой, а возможность выживания отличается очень низкой вероятностью;

(4) одобряющих смерть, то есть тех, кто, не стремясь активно к своему концу, вместе с тем не скрывает своих суицидальных намерений: это свойственно, например, одиноким старикам или эмоционально неустойчивым подросткам и юношам, переживающим кризис идентичности. Им описаны и выделены общие черты, характерные для всех суицидов, несмотря на разнообразие обстоятельств и методов их совершения. Вместе с Н.Фарбероу он ввел в практику метод психологической аутопсии (включающий анализ посмертных записок суицидентов), значительно развивший понимание психодинамики самоубийства.

На основе данного метода были выделены три типа суицидов:

• *эготические* самоубийства; причиной их является интра-психический диалог, конфликт между частями Я, а внешние обстоятельства играют дополнительную роль. Например, самоубийства психически больных, страдающих слуховыми галлюцинациями (случай Эллен Вест, Вирджинии Вулф);

• *диадические* самоубийства, основой которых служит нереализованность потребностей и желаний, относящихся к значимому

близкому человеку. Таким образом, внешние факторы доминируют, делая этот поступок актом отношения к другому;

• *агенеративные* самоубийства, при которых причиной является желание исчезнуть из-за утраты чувства принадлежности к поколению или человечеству в целом, например суициды в пожилом возрасте.

В последних работах Э.Шнейдман подчеркивает важность одного психологического механизма, лежащего в основе суицидального поведения, - *душевной боли (psychache),* возникающей из-за фрустрации таких потребностей человека, как потребность в принадлежности, достижении, автономии, воспитании и понимании.

Н.Фарбероу является создателем концепции о саморазрушающем поведении человека. Его подход позволяет более широко взглянуть на проблему, имея в виду не только завершенные самоубийства, но и другие формы аутоагрессивного поведения: алкоголизм, токсикоманию, наркотическую зависимость, пренебрежение врачебными рекомендациями, работоголизм, делинквентные поступки, неоправданную склонность к риску, опрометчивый азарт и т.д. Этот подход позволил Н.Фарбероу разработать принципы современной профилактики самоубийств и стать инициатором создания центров их профилактики в США, а затем во многих странах мира.

К фокусным группам, к которым уже давно привлечено внимание Н.Фарбероу как исследователя и психолога-практика, а наряду с ним и других его коллег, принадлежат так называемые «оставшиеся в живых» *(survivors)* - незадачливые самоубийцы, а также родственники и друзья тех, кто покончил с собой.

Приведенный анализ показывает, что психологу целесообразно представлять полный обзор видов суицидальной активности человека и вариантов ее проявления. Ретроспективный анализ научной литературы позволяет выделить следующие виды суицидальной активности:

- мысли о самоубийстве (высказываются или не высказываются вслух, но эти мысли еще не переросли в намерение; человек только размышляет о такой возможности);

- намерения (возникают желания покончить с собой, различные планы осуществления самоубийства);

- действия (покупка оружия, ядов, составление завещания и т.д.);

- собственно попытка самоубийства (действие или действия, непосредственно направленные на лишение себя жизни).

Традиционно выделяют следующие виды самоубийств:

1. Демонстративный суицид - попытка самоубийства, при которой не преследовалась цель уйти из жизни, однако в результате неверной оценки ситуации возможен летальный исход. При таких попытках человек понимает, что его действия не должны повлечь за собой смерть, и для этого предпринимает все меры предосторожности. И тем не менее этот «спектакль» нередко приводит к трагическим последствиям.

При совершении такой попытки человек может осознавать или не осознавать свои истинные намерения (доказать кому-либо что-нибудь, обратить на себя и свои проблемы внимание окружающих). Поэтому неверно говорить о том, что демонстративный суицид - это только представление, а шанс погибнуть при этом ненамного больше, чем от несчастного случая. Большинство людей, совершая такую попытку, искренне считает, что хотят умереть; и именно в этих случаях участие других людей может оказаться решающим.

2.Истинный суицид – самоубийство с явной целью ухода из жизни. Это осознанные действия человека, цель которых - желание лишить себя жизни. Истинное самоубийство совершается людьми обдуманно, осознанно, для его совершения имеются достаточно веские основания. Обычно к этому событию человек готовится заранее: приводит в порядок свои дела, отдает долги, распоряжается своим имуществом. Иногда перед самоубийством нет долгих приготовлений (самоубийство как следствие проигранной войны,

неудавшегося мятежа); человек заранее предусматривает его возможность и ставит себе условия (если случится определенное событие, то я совершу самоубийство).

Предотвратить такое самоубийство в момент совершения попытки достаточно сложно по двум причинам. Во-первых, эта попытка совершается вдали от возможных свидетелей, продуман механизм ее действия. Во-вторых, решение человека покончить с собой было не спонтанным, он взвесил различные варианты, потратил много времени на подготовку. Предотвратить такое самоубийство можно тогда, когда на этапе подготовительных действий кто-то из близких заметил это и обратился за помощью к специалисту.

3.Аффективный суицид - это действия человека в условиях сильного эмоционального возбуждения, которые обусловлены сильным аффектом, возникшим в результате внезапного острого психотравмирующего события или под влиянием аккумуляции хронических психотравм.

4.Скрытый суицид - это такая ситуация, когда желание покончить с собой не осознается человеком или человек в силу нравственных, религиозных или моральных установок не может совершить самоубийство. Человек как бы неосознанно стремится совершить самоубийство: начинает употреблять наркотики, алкоголь, психоактивные вещества; с ним происходят несчастные случаи; совершает потенциально опасные действия; идет на неоправданный риск. В такой ситуации возможно и развитие психосоматических заболеваний. Скрытое суицидальное поведение достаточно трудно выявить. Комплекс предупредительных мер также достаточно сложен.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что экстренная психологическая помощь возможна в ситуациях, когда имеет место демонстративное и аффективное самоубийство.

10.2. Общие черты и особенности суицидального поведения

Суицидальное поведение представляет собой аутоагрессивные действия человека, сознательно и преднамеренно направленные на лишение себя жизни из-за столкновения с невыносимыми жизненными обстоятельствами. Фактор намеренности или предвидения смерти отличает суицид от сходных с ним форм поведения, относящихся к несчастным случаям.

Самоубийство как феномен - это самостоятельное, быстрое, осознанное действие в целях ухода из жизни. Это определение является бесспорным только на первый взгляд. Существует множество явлений, содержание которых не раскрывает данное определение, но которые с полным основанием можно считать суицидом. Приведем примеры. Э*втаназия* - медицинское убийство, которое происходит по желанию больного при неизлечимых заболеваниях, с целью избежать мучений, связанных с заболеванием (в нашей стране запрещена); о*тказ от приема медикаментов*, необходимых для поддержания жизни; г*олодовка; дуэль; жертвенное самоубийство в условиях войны; виды деятельности* с высоким риском для жизни (опасные профессии, рискованная езда на автомобиле, мотоцикле, опасные виды спорта); *ненамеренное совершение действий*, которые могут быть потенциально опасны (случайное оставление электроприборов в ванне, переход дороги не по правилам в опасном месте); о*тказ от реанимации*. Все эти явления в разной мере можно считать самоубийством; однако ни одно из них не соответствует точно данному выше определению.

Что является самоубийством, а что таковым не является – на этот вопрос не может быть правильных и неправильных ответов. Каждый человек имеет свою собственную позицию в определении этого понятия. Важным является и коллективное обсуждение данной проблемы.

Выявление и обсуждение возможных причин и мотивов самоубийства позволяет психологу вплотную подойти к пониманию всей сложности и

необходимости оказания помощи людям при попытке самоубийства. Полезными могут стать перечисление и обсуждение возможных причин самоубийства. В общем виде они выглядят так:

1. Причины ***детских*** *самоубийств.* Они самые разные. Часто взрослым такие поступки детей кажутся немотивированными, однако следует обратить внимание на следующие ситуации:

- на ребенка навалилось множество мелких проблем, при этом взрослые не могут или не хотят протянуть руку помощи. В смерти ребенок ищет возможность найти временное (ведь он еще не понимает, что такое смерть) убежище;

- ребенок хочет отомстить кому-либо, обратить на себя внимание или напугать родителей («Я умру, и вы узнаете, как были не правы»). Часто в этом случае дети говорят о своем намерении взрослым. Нельзя игнорировать такие угрозы;

- ребенок боится наказания (получил двойку, разбил чашку);

- недавно самоубийство совершил известный человек, и оно широко освещалось средствами массовой информации. Подростки часто совершают самоубийства, подражая кумиру.

2. Причины ***взрослых*** *самоубийств.* Они охватывают 99 % случаев**:** денежные долги; потеря занимаемого высокого поста; профессиональная несостоятельность; безработица; раскаяние за совершенное убийство или предательство; угроза тюремного заключения или смертной казни; тюремное заключение; угроза физической расправы; получение тяжелой инвалидности; неизлечимая болезнь и связанное с ней ожидание смерти; психическое расстройство; шантаж; сексуальная неудача; измена мужа/жены; ревность; потеря невинности; нежелательная беременность; венерические болезни; изнасилование; систематические избиения; публичное унижение; коллективная травля; проигранная война, неудачный мятеж; политическая

несостоятельность; жертвенность в условиях войны; состояние аффекта; смерть детей, близкого человека; одиночество, тоска, усталость, безысходность; религиозные мотивы; подражание кумиру.

Обсуждение различных причин самоубийства приводит к тому, что кто-то из его участников осознает: он не знает, что могло бы удержать человека от суицида. Это является противопоказанием к оказанию психологической помощи в конкретной ситуации (убедить человека в чем-то можно только тогда, если сам веришь в то, что говоришь). Данный момент обсуждения и осознания чрезвычайно важен, так как позволяет заранее подготовиться к различным вариантам такой помощи.

Суицидальное поведение является динамическим процессом, состоящим из этапов[44].

I. **Этап суицидальных тенденций.** Они являются прямыми или косвенными признаками, свидетельствующими о снижении ценности собственной жизни, утрате ее смысла или нежелании жить. Суицидальные тенденции проявляются в мыслях, намерениях, чувствах или угрозах. На этом этапе осуществляется превенция суицида, то есть его предотвращение на основании знания психологических или социальных предвестников. Задача массовой профилактики состоит в обучении населения тому, что суицид не признак сумасшествия, что существуют различимые и распознаваемые признаки самоубийства и что помощь доступна многим.

II. Этап суицидальных действий. Он начинается, когда тенденции переходят в конкретные поступки. Под суицидальной попыткой понимается сознательное стремление лишить себя жизни, которое по не зависящим от человека обстоятельствам (своевременное оказание помощи, успешная реанимация и т.п.) не было доведено до конца.

---

[44] *Моховиков А.Н.* Суицидальное поведение //Телефонное консультирование. С.314-317.

Самоповреждения, впрямую не направленные на самоуничтожение, имеющие характер демонстративных действий (шантаж, членовредительство или самоповреждение в целях оказания психологического или морального давления на окружение для получения определенных выгод), носят название парасуицида. Парасуициды обычно не предусматривают смертельного исхода, но человек может «переиграть», придя к нему. Суицидальные тенденции могут также привести к завершенному суициду, результатом которого является смерть человека.

На данном этапе осуществляется процедура интервенции. Она представляет собой процесс вмешательства в текущий суицид для предотвращения акта саморазрушения и заключается в контакте с отчаявшимся человеком и оказании ему эмоциональной поддержки и сочувствия в переживаемом кризисе. Главная задача интервенции состоит в том, чтобы удержать человека в живых.

Рассмотрим личностные стили суицидентов[45].

1. ***Импульсивный***: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций, трудности в словесном выражении эмоциональных переживаний.

2. ***Компульсивный***: установка во всем достигать совершенства и успеха часто бывает излишне ригидна и при соотнесении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду.

3. ***Рискующий***: балансирование на грани опасности («игра со смертью») является привлекательным и вызывает приятное возбуждение.

4. ***Регрессивный***: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации, эмоциональная сфера характеризуется недостаточной зрелостью, инфантильностью или

---

[45] *Моховиков А.Н.*Суицидальное поведение //Телефонное консультирование. С.286.

примитивностью.

5. ***Зависимый***: беспомощность, безнадежность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки.

6. ***Амбивалентный***: наличие одновременного влияния двух побуждений - к жизни и смерти.

7. ***Отрицающий***: преобладание магического мышления, в силу чего отрицаются конечность самоубийства и его необратимые последствия, отрицание снижает контроль над волевыми побуждениями, что усугубляет риск.

8. ***Гневный***: затруднения в выражении гнева в отношении значимых лиц, что заставляет испытывать неудовлетворенность собой.

9. ***Обвиняющий***: убежденность в том, что в возникающих проблемах непременно есть чья-то или собственная вина.

10. ***Убегающий:*** бегство от кризисной ситуации путем самоубийства, стремление избежать или уйти от психотравмирующей ситуации.
11. ***Бесчувственный***: притупление эмоциональных переживаний.
12. ***Заброшенный***: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби.
13. ***Творческий:*** восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

III. Этап постсуицидального кризиса. Он продолжается от момента совершения суицидальной попытки до полного исчезновения суицидальных тенденций, иногда характеризующихся цикличностью проявления. Этот этап охватывает состояние психического кризиса суицидента, признаки которого (соматические, психические или психопатологические) и их выраженность могут быть различными. На этом этапе осуществляются *поственция* и *вторичная превенция* суицидального поведения.

Поственция является системой мер, направленных на преодоление психического кризиса и адресованных не только выжившему суициденту, но и его окружению.

Вторичная превенция заключается в предупреждении повторных суицидальных попыток.

Всем без исключения самоубийствам, свойственные общие черты [46]:

Общая цель всех суицидов - ***поиск решения***. Суицид не является случайным действием. Его никогда не предпринимают бессмысленно или бесцельно. Он является выходом из затруднений, кризиса или невыносимой ситуации. В этом смысле ему свойственна своя непогрешимая логика и целесообразность. Он является ответом, причем единственно доступным, на труднейшие вопросы: «Как из этого выбраться? Что делать?». Цель каждого суицида состоит в том, чтобы найти решение стоящей перед человеком проблемы, вызывающей интенсивные страдания. Чтобы понять причину самоубийства, следует знать проблемы, которые ему предназначалось решить.

1. Общей задачей всех суицидов является ***прекращение сознания***. Общая практическая задача суицида состоит в полном прекращении потока сознания невыносимой боли, что представляется решением болезненных жизненных проблем. Отчаявшемуся человеку приходит в голову мысль о возможности прекращения сознания в качестве выхода из ситуации. Этому способствуют *душевное волнение*, *повышенная тревога* и *высокий летальный потенциал* - три составные части суицида. После этого возникает инициирующая искра и разворачивается активный суицидальный сценарий.

2. Общим стимулом при суициде является ***невыносимая психическая (душевная) боль***. Если прекращение сознания - это то, к чему стремится суицидент, то невыносимая психическая (душевная) боль является тем, от чего он убегает. Детальный анализ показывает, что суицид легче всего понять как сочетанное движение в направлении прекращения потока сознания текущей

---

[46] *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001. С.214.

жизни от душевной боли и невыносимого страдания. Никто не совершает суицида от радости; его не может вызвать состояние блаженства. Боль всегда угрожает жизни, и, если она не связана с телом, угроза существования исходит от боли эмоций, то есть из сознания человека. Поэтому психическая боль есть, как писал Э.Шнейдман, метаболь, боль от осознания боли, душевное страдание или мучение личности. Когда человек ее чувствует, его интрапсихическая реальность становится невыносимой. В клинической суицидологии хорошо известно, что если снизить интенсивность страдания, даже незначительно, то человек сделает выбор в пользу жизни[47].

4. Общим стрессором при суициде являются ***фрустрированные психологические потребности***. Суицид не следует понимать как бессмысленный и необоснованный поступок - он кажется логичным совершающему его человеку на основании логических предпосылок, образа мышления и сосредоточенности на определенном круге проблем. Он является реакцией на его фрустрированные психологические потребности. Суицид предпринимается, если они не реализованы или не удовлетворены. Встречается множество бессмысленных смертей, но никогда не бывает безосновательных самоубийств. Если удовлетворить фрустрированные потребности, то суицид не возникнет.

5. Общей суицидальной эмоцией является ***беспомощность - безнадежность***. В суицидальном состоянии доминирует чувство беспомощности - безнадежности: «Я ничего не могу сделать (кроме совершения самоубийства), и никто не может мне помочь (облегчить боль, которую я испытываю)».

Часто считается, что враждебность является основной эмоцией при суициде. Это утверждалось еще в 1910 г. во время знаменитого заседания Психоаналитического общества в Вене, впервые обсудившего самоубийство с

---

[47] *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. С.167-168.

научной точки зрения. Достаточно вспомнить точку зрения З.Фрейда на суицид. Гнев, как и другие сильные эмоции, например стыд или вина, встречаются во время суицида, однако за ними всегда находится базисное чувство внутренней опустошенности, беспомощности—безнадежности.

Такая генерализованная эмоция проявляется смятением и тревогой. Известно, что при работе с человеком в душевном смятении с явными суицидальными тенденциями нецелесообразно использовать увещевания, разъяснительные беседы, порицание или оказывать давление: это либо неэффективно, либо даже усиливает суицидальные тенденции.

Снижение интенсивности данных тенденций достигается непрямым воздействием путем уменьшения эмоционального напряжения. Психотерапевт или консультант в отношении пациента в этой ситуации играет как бы роль опекуна, защищая его интересы и благосостояние. Целью вмешательства становится снижение давления травматических жизненных обстоятельств, вызывающих у человека эмоциональное напряжение. Основным принципом терапии является следующий: чтобы уменьшить интенсивность суицидальных тенденций, следует снизить эмоциональное напряжение.

6. Общим внутренним отношением к суициду является ***амбивалентность.*** З.Фрейд в свое время открыл примечательную истину. Деятельность психики человека не подчиняется законам формальной логики, по которым *А* не есть *В*. Нечто, например, в его чувствах одновременно является *А* и *не-А*. Один и тот же человек может нам одновременно нравиться и не нравиться. Можно в одно и то-же время любить и ненавидеть, например супруга или ребенка. У нас часто возникают два противоположных мнения по одному вопросу. Типичным для самоубийства становится состояние, когда человек одновременно пытается перерезать себе горло и взывает о помощи, причем оба эти действия являются истинными и непритворными.

Амбивалентность представляет собой наиболее типичное отношение к суициду: чувствовать потребность совершить его и одновременно

желать (и даже планировать) спасения и вмешательства других. Психотерапевт обычно использует ее в целях помощи с тем, чтобы, опираясь на нее, удержать человека в жизни.

7. Общим состоянием психики является ***сужение когнитивной сферы***. Суицид далеко не всегда бывает проявлением психоза, невроза или психопатии. Его отличительной особенностью является преходящее сужение сознания с ограничением использования аффективных и интеллектуальных возможностей. Сознание становится «туннельным»; варианты выбора поведения, обычно доступные сознанию человека, резко ограничиваются. Состояние паники доводит сознание до дихотомического мышления: либо какое-то особое (почти волшебное) разрешение ситуации, либо прекращение потока сознания; все или ничего. В свое время именно это привело к самоубийству Эллен Вест, знаменитую пациентку Людвига Бинсвангера. Варианты выбора сужаются до альтернативы. При этом системы поддержки личности, например значимые люди, не столько игнорируются, сколько не помещаются в рамки «туннельного» сознания. Следовательно, любая попытка спасти или помочь должна обязательно учитывать патологическое сужение когнитивной сферы суицидента. Важно противодействовать именно сужению мыслей суицидента, стремясь раздвинуть психические шоры и увеличить варианты выбора, тем самым устраняя суицидальную альтернативу.

8. Общим действием при суициде является ***бегство*** (эгрессия). Оно отражает намерение человека уйти из зоны бедствия. К его вариантам относятся, например, уход из дома или семьи, увольнение с работы или дезертирство из армии. В этом ряду поступков суицид является предельным, окончательным бегством. Поэтому следует различать безобидное для жизни как таковой желание уйти, например, из семьи и потребность покончить со всем навсегда. Смыслом самоубийства является радикальная и окончательная смена декораций; действием, приводящим к этому, становится бегство. Его можно предотвратить,

закрывая выходы, например, отбирая у человека пистолет, или путем уменьшения силы потребности человека в уходе из жизни.

9. Общим коммуникативным актом при суициде является ***сообщение о намерении***. Э.Шнейдман считает, что наиболее интересным результатом ретроспективного изучения психологических аутопсий в случае самоубийства является обнаружение явных признаков его приближения почти в каждом случае. Люди, намеревающиеся совершить суицид, испытывая к нему амбивалентное отношение, тем не менее сознательно или безотчетно подают сигналы бедствия: жалуются на беспомощность, взывают о поддержке, ищут возможности спасения.

Обычно такая ситуация напоминает театр двух актеров, составляющий важную часть суицидальной драмы. Человек обычно информирует окружающих о грядущем самоубийстве не враждой, яростью или уходом в себя, а именно сообщением о своих намерениях. Печально, что это сообщение далеко не всегда бывает услышано. Сегодня достаточно известны как вербальные, так и невербальные признаки этого сообщения, и своевременное их распознавание является незаменимым способом превенции суицидов.

10. Общей закономерностью суицида является ***его соответствие общему стилю поведения в жизни***. При столкновении с самоубийством поначалу сбивает с толку то, что оно является поступком, которому нет аналогов и прецедентов в предшествующей жизни человека. И тем не менее ему можно найти глубокие соответствия в стиле и характере поведения человека на протяжении его жизни. Необходимо проанализировать состояния душевного волнения, способность переносить психическую боль, тенденции к суженному или дихотомическому мышлению, а также использовавшиеся парадигмы бегства. Это позволит посмотреть на суицидальное действие как на логическое завершение определенного жизненного стереотипа, который может быть доступен психотерапевтической коррекции.

Назовем основные мотивы суицидального поведения у детей и подростков:

1. Переживание обиды, одиночества, отчужденности и непонимания.
2. Действительная или мнимая утрата любви родителей, неразделенное чувство и ревность.
3. Переживания, связанные со смертью, разводом или уходом родителей из семьи.
4. Чувства вины, стыда, оскорбленного самолюбия, самообвинения.
5. Боязнь позора, насмешек или унижения.
6. Страх наказания, нежелание извиниться.
7. Любовные неудачи, сексуальные эксцессы, беременность.
8. Чувство мести, злобы, протеста; угроза или вымогательство.
9. Желание привлечь к себе внимание, вызвать сочувствие, избежать неприятных последствий, уйти от трудной ситуации.

10. Сочувствие или подражание товарищам, героям книг или фильмов («эффект Вертера»).

Консультантам следует иметь в виду следующие особенности суицидального поведения в молодом возрасте[48]:

1. Недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий. Понятие «смерть» в этом возрасте обычно воспринимается весьма абстрактно, как что-то временное, похожее на сон, не всегда связанное с собственной личностью. Само понятие о смерти возникает у детей между 2 - 3 годами. Для большинства она не является пугающим событием. В дошкольном возрасте дети не считают ее концом жизни, а воспринимают как временное явление, подобно сну или отъезду.

Вместе с тем смерть близких, домашнего животного или сверстника из-за особенностей мышления и ограниченности опыта осознается ребенком как результат его желаний, что нередко приводит к сильному

---

[48] *Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я.* Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. М. : МЦ СССР, 1978. С. 27.

чувству вины. Возникающие печаль и грусть очевидны и достигают большой интенсивности, но продолжаются недолго.

В младшем школьном возрасте дети считают, что смерть невидима и, чтобы остаться незамеченной, она ночью прячется в таких укромных местах, как кладбище, ее отождествляют с привидениями или покойниками, которые могут украсть детей. Часто младшие школьники думают, что смерть является наказанием за плохие дела. В этом сказывается непреодоленный эгоцентризм и аутистическое (магическое) мышление. Они считают смерть маловероятной, не осознают ее возможности для себя, не признают ее необратимой.

Ближе к подростковому возрасту объективные факты смерти становятся более важными, чем фантазии, формируется понимание различия между живым и неживым, живущим и умершим. Для подростков смерть становится более очевидным явлением. Но они фактически отрицают ее для себя, гоняя на мотоциклах, экспериментируя с опасными веществами или будучи вовлеченными в другую привлекательную, но рискованную активность. В дальнейшем подросток принимает мысль о своей смерти, но, преодолевая возникшую тревогу, отрицает реальность этой возможности. Дети, а нередко и многие подростки, совершая суицид, прямо не предусматривают смертельного исхода.

Как свидетельствуют западные социологи, в группе 13 - 16-летних 20% верили в сохранение сознания после смерти, 60% - в существование души и только 20% - в смерть как прекращение телесной и духовной жизни. Тем не менее последствия аутодеструктивных действий могут быть чрезвычайно опасными для их жизни. В отличие от взрослых у них отсутствуют четкие границы между истинной суицидальной попыткой и демонстративно-шантажирующим аутоагрессивным поступком. Это заставляет в практических целях все виды аутоагрессии у детей и подростков рассматривать как разновидности суицидального поведения.

2. Несерьезность, мимолетность и незначительность (с *точки зрения*

взрослых) мотивов, которыми дети объясняют попытки самоубийства. Этим обусловлены трудности своевременного распознавания суицидальных тенденций и существенная частота неожиданных для окружающих случаев.

3. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами и т.д.

4. В детском и подростковом возрасте возникновению суицидального поведения способствуют депрессивные состояния, которые проявляются иначе, чем у взрослых. Их сравнительная характеристика приведена на стр. 228.

5. Перейдем к рассмотрению суицидального поведения ***пожилых***. Самоубийства пожилых людей и стариков также имеют возрастные особенности. Не случайно Э.Шнейдман задавался вопросом: «Суицид среди пожилых является вдвойне парадоксом. Откуда берется столь внимательное отношение к тому, как завершить жизнь, когда она и без того заканчивается? К чему спешить?». Пожилой возраст, как уже указывалось, является последним кризисом жизненного цикла, во время которого эгоидентичность человека сталкивается с множеством потерь и необходимостью постоянно приспосабливаться к ним при слабости адаптивных механизмов личности. Поэтому пожилые люди очень часто реагируют на утраты депрессивными состояниями.

6. Основными факторами риска самоубийств в пожилом возрасте являются: *(а)* возраст и пол, *(б)* социальная изоляция, *(в)* семейное положение, переживание горя в настоящем, наличие поддержки значимых людей, (*г)* предшествующие попытки суицида, *(д)* состояние физического и психического здоровья, *(е)* наличие окружения с аналогичными факторами риска, например в домах для престарелых[49].

---

[49] *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. С.170.

Признаки депрессии у детей и подростков

ДЕТИ	ПОДРОСТКИ
Печальное настроение	Печальное настроение
Потеря свойственной детям	Чувство скуки
Внешние проявления печали	Чувство усталости
Нарушения сна	Нарушения сна
Соматические жалобы	Соматические жалобы
Изменение аппетита или веса	Неусидчивость, беспокойство
Ухудшение успеваемости	Фиксация внимания на мелочах
Снижение интереса к обучению	Чрезмерная эмоциональность
Страх неудачи	Замкнутость
Чувство неполноценности	Рассеянность внимания
Самообман - негативная	Агрессивное поведение
Чувство «заслуженной отвергнутости»	Непослушание
Низкая фрустрационная толерантность	Склонность к бунту
Чрезмерная самокритичность	Злоупотребление алкоголем или наркотиками
Сниженная социализация, замкнутость	Плохая успеваемость
Агрессивное поведение, отреагирование в действиях	Прогулы в школе

Депрессии у пожилых характеризуются фатальностью, беспомощностью и безнадежностью. Сниженная самооценка способствует возникновению отвращения к себе, окружающим и жизни в целом. Беспомощность выражается в неспособности контролировать значимые события или как-либо влиять на них. С возрастом она усугубляется утратой работы, здоровья или семьи.

Безнадежность, как считал К.Меннингер, проявляется в стойком желании умереть. Употребление алкоголя существенно усугубляет депрессию. Ее классические признаки - преобладание меланхолического настроения с колебаниями в течение дня - у пожилых встречаются реже.

Депрессия часто скрывается за нарушениями сна, утратой жизненной энергии или отсутствием аппетита.

В таком состоянии суицид является отчаянной попыткой, реакцией на психическую боль, безнадежность и невыносимые условия существования. Это доказывает анализ посмертных записок пожилых, в которых как преобладающий мотив самоубийства подчеркиваются безнадежность и «психическое истощение». Те, кто кончают с собой в этом возрасте, устали от жизни и оставшиеся силы тратят на то, чтобы пусть и в смерти остаться хозяевами собственной жизни. По этой причине парасуициды у пожилых встречаются редко, а методы самоубийств отличаются «запасом надежности» и повышенной жестокостью.

Во время консультирования пожилые люди с суицидальными тенденциями нуждаются в том, чтобы были: *(а)* проведены мероприятия по индивидуальной психологической поддержке, *(б)* приняты серьезность и реальность проблем, *(в)* своевременно определены признаки депрессии, г) приняты меры по повышению их самооценки и социальной роли, *(д)* предприняты поиски (в форме отсылок или рекомендаций) улучшения уровня обыденной жизни[50].

10.3. Интервенция и поственция в психологическом консультировании

Люди с суицидальными намерениями не избегают, а, наоборот, часто стремятся к помощи и консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70% консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40% - в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30% так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих.

---

[50] *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. С.174.

Главный смысл ***превентивных мер***[51] состоит в том, чтобы убедить общество, что суицидальные мысли психологически понятны и сами по себе не являются болезнью, ибо представляют естественную часть человеческого существования; что суицидальное поведение преходяще и доступно разрешению, а потому предотвратимо, если у людей будет желание выслушать другого человека и помочь ему.

Специфика психологической помощи при предотвращении попытки суицида заключается в том, что специалист, оказывающий ее, должен быть глубоко личностно и эмоционально включен в проблему. Исходя из этого, можно говорить о том, что очень важной задачей для психолога является *установление его личностной позиции по отношению к проблеме самоубийства,* в частности: объяснение самоубийства как феномена; рассмотрение случаев, которые выходят за рамки данного определения, но могут считаться самоубийством; собственное определение суицида; выяснение возможных причин и мотивов самоубийства; выделение видов суицидального поведения и классификация суицидов.

Для того чтобы оказывать экстренную психологическую помощь, необходимо четко осознавать свою позицию по отношению к проблеме самоубийства и, следовательно, поэтапно найти ответы для себя.

В первую очередь необходимо собрать информацию для оценки вероятности совершения суицида, принять решение о том, кто будет оказывать необходимую помощь, и оценить потенциальную опасность случившегося для собственной жизни и определить, кто будет оказывать психологическую помощь пострадавшему.

Основная задача в рамках данного этапа предполагает выработка продуманной схемы сбора информации. Но следует учитывать то, что времени на это практически нет. Поэтому требуется сосредоточить внимание на наиболее важных аспектах предстоящей работы, а именно:

---

[51] *Моховиков А.Н.* Превенция, интервенция и поственция // Телефонное консультирование. С.353.

- пол, примерный возраст (необходимо для оценки вероятности совершения попытки);
- повод: какие события предшествовали попытке суицида, что крайне необходимо для выбора темы разговора;
- наличие/отсутствие психиатрического диагноза, что важно для выбора стратегии помощи и обеспечения собственной безопасности;
- алкогольное или наркотическое опьянение, хронический алкоголизм - для оценки летальности, выбора стратегии разговора;
- кто присутствует из значимых людей, так как во многих случаях у близких можно получить дополнительную информацию, а также определить лиц для оказания помощи и поддержки для пострадавшего в последующие периоды;
- были ли раньше попытки суицида у пострадавшего (т.к. возможно хроническое суицидальное поведение).

Предложенный перечень вопросов, которые нужно выяснить, позволяет собрать информацию и сделать необходимые для работы выводы в короткие сроки. Безусловно, наличие любой дополнительной информации важно. Однако в каждом конкретном случае требуется сопоставить важность этой информации и количество времени, которое уйдет на ее сбор. В некоторых случаях необходимое количество информации собрать не удастся, тогда нужно осторожно и осознанно подходить к оказанию экстренной психологической помощи. На основании собранной информации принимается решение о том, кто конкретно будет оказывать помощь, при этом учитываются два фактора:

- психологическая готовность специалиста оказать такую помощь (о важности этого говорилось выше);
- пол специалиста. Была выявлена закономерность, что помощь более эффективна, если ее оказывает человек противоположного пола. Однако в некоторых ситуациях это правило не действует (ситуация сексуального

насилия - помогающий должен быть одного пола с потерпевшим; некоторые ситуации неразделенной любви).

После сбора информации и принятия решения о том, кто и какую помощь будет оказывать, можно приступать к следующему этапу - интервенции. Суицидальная ***интервенция*** имеет целью сохранение жизни. В службах психологической помощи ее проводят консультанты. На данном этапе осуществляется оценка летальности (вероятности совершения попытки самоубийства). Не возможно со 100-процентной вероятностью предсказать, будет ли совершена попытка самоубийства или нет.

Однако, опираясь на статистические данные, можно оценить, насколько велика вероятность совершения такой попытки, и выделить группу риска. Например, мужчины чаще совершают самоубийства (т.е. попытка заканчивается летальным исходом), чем женщины. Также различно отношение к суициду людей разных возрастов. Зная это, можно определить, не находится ли пострадавший в группе риска, что немаловажно для оказания экстренной психологической помощи.

Несмотря на то, что данный по времени непродолжительный этап, он очень важен для определения стратегии дальнейшей работы. Общие правила для оценки летальности таковы:

- необходимо учитывать пол пострадавшего: мужчины чаще совершают самоубийства, чем женщины; женщины чаще совершают попытки самоубийства, не заканчивающиеся летальным исходом;
- важным является возраст пострадавшего, так как в группу риска входят: подростки; мужчины 20-30 лет; люди старше 60 лет;
- необходимо учитывать состояние психики пострадавшего. Человек, находящийся в состоянии наркотического или алкогольного опьянения, скорее совершит попытку самоубийства. Хронические алкоголики и наркоманы всегда составляют группу риска. Также увеличивает риск наличие психического заболевания.

Таким образом, максимальный риск - если пострадавший мужчина старше 60 лет (почти 100-% летальный исход) и минимальный риск - если пострадавшей является женщина 15 – 35 лет.

Исходя из этого, психологи устанавливают контакт с отчаявшимся человеком, поддерживают его, создают отношения доверия, активно участвуют в разработке стратегии позитивных перемен, при необходимости блокируют суицидальные действия и осуществляют соответствующие консультативные мероприятия.

Поственция - это усилия по предотвращению повторения акта аутоагрессии, а также предупреждение развития посттравматических стрессовых расстройств у уцелевших и их окружения.

Задачи поственции состоят в облегчении процесса приспособления к реальности у переживающих трудности, уменьшении степени заразительности суицидального поведения, оценке и идентификации факторов риска повторного суицида. Они решаются путем использования таких стратегий, как *(а)* психологическое консультирование; (б) кризисная интервенция; *(в)* поиск систем поддержки личности и жизнеобеспечения в обществе; (г) образовательная стратегия для повышения осознания роли и значимости саморазрушающего поведения; *(д)* поддержание контактов со СМИ для соблюдения этических принципов при информировании об актах аутоагрессии в обществе[52].

В общественном сознании до настоящего времени широко распространены ложные представления о самоубийстве, свидетельствующие об отношении общества к аутоагрессивному поведению и стоившие ему не одной человеческой жизни. Их психологическая природа связана с рационализацией иррационального отношения к неприемлемым вещам или нежелательным видам деятельности. В научной и популярной литературе приводятся некоторые

---

[52] *Моховиков А.Н.* Превенция, интервенция и поственция // Телефонное консультирование. С.353-354.

из преобладающих заблуждений и описание реальных фактов. В частности, А.Н. Моховиков в число таких мифов включил следующие[53].

Мифы и факты о суициде

Миф: если человек говорит о самоубийстве, он пытается привлечь к себе внимание.

Рационализация: я бы тоже не возражал против внимания окружающих.

Факт: часто говорящие о самоубийстве переживают психическую боль и хотят поставить о ней в известность значимых людей.

Миф: самоубийство случается без предупреждения.

Рационализация: если я столкнусь с ним, нужно будет что-либо предпринимать.

Факт: приблизительно 8 из 10 суицидентов подают окружающим предупреждающие знаки о грядущем поступке.

Миф: самоубийство - явление наследуемое.

Рационализация: значит, оно фатально, и ничем нельзя помочь.

Факт: оно не передается генетически - человек использует аутоагрессивные модели поведения, если они существуют в семье или значимом окружении.

Миф: те, кто кончают с собой, психически больны.

Рационализация: я боюсь душевнобольных, им ничем нельзя помочь.

Факт: многие совершающие самоубийство люди не страдают никаким психическим заболеванием.

Миф: разговоры о суициде могут способствовать его совершению.

Рационализация: лучше всего вместе избежать этой неприятной и опасной темы.

---

[53] Там же. С.354-357.

Факт: разговор о самоубийстве не является причиной, но может стать первым шагом его предупреждения.

Миф: если человек в прошлом совершил суицидальную попытку, то больше подобное не повторится.

Рационализация: как хорошо, что опасность позади, и мне не нужно заботиться об этом.

Факт: очень многие повторяют эти действия вновь и достигают желаемого результата.

Миф: покушающиеся на самоубийство желают умереть.

Рационализация: я боюсь смерти, ее приход не остановить, помочь умирающему нельзя.

Факт: подавляющее большинство суицидентов скорее хотят избавиться от невыносимой психической боли, чем умереть, поэтому часто обращаются за помощью.

Миф: все приводящие к самоубийству действия являются импульсивными.

Рационализация: при внезапных и непредсказуемых ситуациях помочь нельзя.

Факт: большинство людей обдумывают свои планы, сообщая о них окружающим.

Миф: все самоубийцы находятся в состоянии депрессии.

Рационализация: я ничем не могу помочь, это задача профессионалов.

Факт: депрессия часто связана с суицидальными намерениями, но не все покушающиеся на свою жизнь страдают депрессией.

Миф: самоубийство невозможно предотвратить.

Рационализация: в противном случае мне следовало бы что-то предпринять и потом нести ответственность.

Факт: знания о том, куда следует обратиться за помощью, могут предотвратить много самоубийств.

Миф: если человек находился в состоянии депрессии (кризиса) и его состояние улучшилось, то опасность самоубийства миновала.

Рационализация: мне можно расслабиться и более не возвращаться к опасной теме.

Факт: при уменьшении степени выраженности депрессии у человека появляется энергия наряду с более ясным и острым осознанием чувства безнадежности жизни. Немало самоубийств случается вслед за «улучшением». Суицидальные намерения и чувства могут возвращаться. В течение как минимум трех месяцев после депрессии (кризиса) к человеку следует проявлять особое внимание.

Миф: самоубийцы редко обращаются за помощью.

Рационализация: они сами виноваты в том, что замышляют.

Факт: в течение последнего полугода жизни 50% совершивших самоубийства людей обращались к врачам.

Миф: самоубийства и суицидальные попытки - явления одного порядка.

Рационализация: это его дело - раз он хочет смерти, стоит ли разбираться?

Факт: суицидальная попытка представляет собой крик о помощи в невыносимой ситуации, а не по каким-то причинам неудавшееся самоубийство.

Миф: помочь самоубийцам могут только профессионалы.

Рационализация: ввязываться в столь опасное предприятие - не мое дело.

Факт: профилактика самоубийств является делом каждого человека.

Миф: злоупотребление алкоголем и наркотиками не имеет отношения к самоубийству.

Рационализация: выпивая, я отнюдь не хочу смерти, совсем наоборот.

Факт: зависимость от алкоголя и наркотиков является фактором риска суицидального поведения.

Миф: суицид характерен для людей, относящихся к группе риска.

Рационализация I: я немало пожил, но я не хочу смерти.

Рационализация II: мне противны эти гомосексуалы, я боюсь заразиться СПИДом.

Факт: принадлежность к группе риска не означает фатальной неизбежности самоубийства.

Миф: если не оставлена предсмертная записка, то случившееся нельзя считать самоубийством.

Рационализация: мне нет необходимости предпринимать какие-либо действия, например заботиться об оставшихся в живых.

Факт: только четвертая часть из всех лиц, совершающих самоубийство, оставляют предсмертные записки.

Оказанию помощи самоубийцам препятствуют не только приведенные рационализации. Даже те, кто решил оказать посильную поддержку (консультанты или другие помощники), во время беседы могут встретиться с возникновением ряда осложняющих реакций, например[54]:

а) **паника** («Я не в силах чем-либо помочь»), которую следует преодолеть, поскольку абоненты ищут, с кем бы поговорить и кому доверить проблемы; присутствуя и оказывая помощь, консультант, возможно, устанавливает одну-единственную связь обратившегося с остальным миром;

б) **страх** («Что если я даже помогу чем-то, а он все равно сделает это?»), свидетельствующий о нежелании вести разговор или испытывать неприятные эмоции; каждый человек, в том числе и

---

[54] *Моховиков А.Н.* Превенция, интервенция и поственция //Телефонное консультирование. С. 357-359.

абонент, ответствен за сделанный им выбор, но консультант имеет реальную возможность помочь;

в) **фрустрация** («Еще один длинный разговор, которого я не желал бы») из-за необходимости выполнять непосильную работу; опыт, однако, показывает, что помощь может быть оказана достаточно быстро; снизив интенсивность базисной суицидальной эмоции беспомощности - безнадежности, можно решить задачу первой помощи абоненту;

г) **гнев** («Неужели можно быть настолько слабовольным, чтобы решиться на такой поступок?»), который легко овладевает человеком, отражая беспомощность в конкретной ситуации; его осознание, несомненно, увеличивает степень свободы и позволяет эффективно работать с клиентом;

д) **обида** («Его намерения не выглядят серьезными, наверное, он использует меня»), которая часто проявляется в отношении тех лиц, чьи суицидальные угрозы не принимаются всерьез, например молодежи; кроме того, человеку часто свойственно преуменьшать важность и силу чувств других, поскольку в противном случае это требует адекватного собственного ответа. Следует принять в качестве исходной посылки, что чаще всего суицидальные угрозы являются криком о помощи, а не манипуляцией;

е) **внутренний конфликт** («Если человек чего-то хочет, вряд ли кто-то вправе остановить его»), который возникает из-за того, что выбор приходится делать консультанту, однако, по сути, перед выбором на самом деле стоит абонент; у консультанта выбора (оказывать или не оказывать помощь) нет.

ж) **безвыходност**ь («Эта ситуация безнадежна: как я могу заставить ее (его) желать жить?»), возникающая из-за обилия предъявленных абонентом проблем или ситуаций, в которых

консультанту нельзя потеряться; необходимо, выбрав главную, постараться изменить к ней отношение;

з) **отречение** («В такой ситуации я вел бы себя так же»), свидетельствующее о наличии у консультанта скрытых суицидальных тенденций; оно не отражает реальные факты, с которыми обратился абонент, а вытекает из скрытых намерений консультанта, нуждающихся в осознании в ходе супервизии.

С учетом возникновения осложняющих реакций ***принципы*** консультирования суицидального клиента могут быть следующими:

1. Не впадать в панику.
2. Вежливо и открыто принять клиента как личность.
3. Стимулировать беседу, не упуская никакую значимую информацию.
4. Тактично искать ситуации, в которых клиент любим или нужен.
5. Вести беседу так, как если бы консультант обладал неограниченным запасом времени.
6. Возрождать надежду и искать альтернативы суицида, возможности выхода.
7. Не проявлять даже тени отрицательных эмоций.
8. Разрешать клиенту проявлять жалость.
9. Начавшийся суицид следует рассматривать как просьбу о деятельной помощи.
10. Блокировать суицидальные действия, используя интервенцию.
11. Быть уверенным, что предприняты все необходимые действия.
12. Обсудить беседу и свое состояние с супервизором.

В экзистенциональной психологии не описаны специальные техники психологического консультирования клиентов с суицидальными намерениями. Как подчеркивает Ролло Мэй, как таковых техник не существует. Это не техники, а философия, искусство психолога консультанта, который, опираясь на метод активного слушания, оказывает помощь клиенту в создании нового смысла жизни. Данная работа осуществляется поэтапно.

Первый этап - установление эмоционально доверительных отношений. В начале беседы следует сформировать отношения доверия. Это позволит исследовать ситуацию с учетом того, как ее видит клиент, поощряя открытое выражение мыслей и чувств: «Чем я могу быть Вам полезен?», «Что бы я мог сделать для Вас?». Постепенно клиент начнет осознавать интерес к себе как к личности. Имеет смысл узнать о событиях, которые должны произойти, понять, не таят ли они в себе какую-либо угрозу. Кризис обычно возникает не из-за фактов, а из-за тех чувств или значений, которые они несут с собой. На начальном этапе беседы очень важно определить, каким образом суицидальные намерения связаны с фактами или чувствами абонента.

На ***втором этапе*** осуществляется идентификация проблемы. После установления отношений доверия и получения первых сведений о кризисной ситуации взаимная эмпатия и открытость позволяют определить проблему, то есть установить возможность суицидального поведения. Консультанту следует осторожно вести клиента к определению кризисной ситуации. Обычно она скрыта, в качестве проблемы могут называться те или иные предостерегающие признаки, на самом деле являющиеся следствием. Косвенные намеки консультанта позволяют выйти на истинные причины суицидального поведения.

Если аутоагрессия предполагается как решение конкретной ситуации, то имеет смысл прямо спросить: «Вы думаете о том, чтобы уйти из жизни?». Прямота позволяет клиенту, в свою очередь, начать говорить о суицидальных намерениях и делает обсуждение более конкретным. Некоторые ждут этого вопроса, ибо заговорить об этом им мешают эмоциональное напряжение или предубеждения.

Консультанта не должен смущать отрицательный ответ. В этом случае можно вернуться к обсуждению других альтернатив. Если же есть сомнения в искренности клиента, в соответствующем контексте можно вернуться и повторить вопрос. На утверждение: «Я хочу умереть» - порой стоит

ответить: «А я не хочу, чтобы Вы сделали это!». Несмотря на простоту, этот подход часто срабатывает лучше всего: чье-либо нежелание бывает эффективнее объяснения причин, по которым следует оставаться в живых.

На **третьем этапе** осуществляется исследование проблемы, как только суицидальные угрозы становятся предметом открытого обсуждения. Иногда возникают страх и тревога, которых не нужно опасаться. Исследуются события и чувства клиента, что позволяет расширить обсуждение и привести к более полному пониманию происходящего. Начинается совместная работа, поиск иных выходов. Для этого необходимо время, ибо клиент делится часто глубокими, но не всегда ясными переживаниями. Нередко это бывает вообще первым в жизни опытом рассказа о своих чувствах. Поэтому консультанту следует прислушиваться к темпу клиента, обсуждая все значимые тревоги, чувства и мысли. Это существенно снижает эмоциональное напряжение, отодвигает в сторону мысли о конце, но при этом может возникнуть амбивалентность. Ее важно отразить и зафиксировать. Чаще всего желание смерти не абсолютно: одной частью души человек жаждет смерти, другой - сопротивляется ей, и консультанту следует быть восприимчивым к таким ее состояниям; порой это вызывает собственные внутренние колебания.

На **четвертом этапе** осуществляется оценка проблемы, которая состоит в определении потенциальной опасности суицида и вероятности смертельного исхода. Суициденты не приходят к консультанту, чтобы сказать «Прощай»; они хотят, чтобы их остановили. Но мешает амбивалентность: хотя никто не хочет жить больше, чем они, ноони не знают, как жить дальше. Поэтому в беседе важно оценить потенциальную опасность предполагаемых действий, которая определяется:

а) наличием плана и метода суицидальных действий (их доступность, легкость и степень летальности);

б) попытками самоубийства в прошлом, особенно если не минуло еще и трех месяцев;

в) «последней каплей» - событиями, побудившими к выбору аутоагрессивной альтернативы;

г) подготовкой к жизни (завещания, прощальные письма или распоряжения, приведение дел в порядок).

В практических целях наличие каждого из данных параметров можно оценивать, например, как (+), что позволит консультанту по сумме определить степень суицидального риска клиента как очень высокую (++ ++), высокую (+++), умеренную (++) и незначительную (+).

При высокой степени риска может возникнуть необходимость **суицидальной интервенции.** В ряде стран для этих случаев разработана особая процедура отслеживания, в которой помимо консультанта участвуют супервизор службы, сотрудники полиции, телефонной компании и мобильной помощи[55]. Постороннее вмешательство определяется необходимостью спасения жизни человека. Задача консультанта заключается в том, чтобы оперативно получить сведения об адресе клиента, выяснить, не одинок ли он, есть ли у него желание получить помощь. Эти данные сообщаются супервизору службы, который информирует «Службу спасения» и правоохранительные органы, действия которых могут занять время, поэтому консультанту следует настроиться на длительную беседу, пока к месту консультирования не прибудут сотрудники службы мобильной кризисной помощи.

Пятый этап предусматривает заключение контракта. При любой степени суицидального риска, если дело не доходит до процедуры отслеживания, беседа продолжается в направлении выработки альтернативного решения, что осуществляется совместно и предусматривает план действий. Он должен быть ясным и конкретным: где, как и с кем собирается провести клиент ближайшие часы и дни. Для этого важна уверенность в том, что собеседник контролирует своимысли и чувства. Предложить суициденту вербализировать свой план

---

[55] *Моховиков А.Н.* Превенция, интервенция и поственция // Телефонное консультирование. С.361-362.

действий. По возможности следует помочь ему отчетливо структурировать будущее. При необходимости оказывается нелишним побудить клиента обратиться к специалистам, но не следует гарантировать быстрый и обязательный успех. Принципиальной установкой контракта является твердая вера в то, что собеседники преследуют одну и ту же цель. На этом этапе привлекаются к работе с клиентом родственники и близкие

Литература

Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И. Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 1. С. 26-38.

Боенко А.В. Суицидальное поведение военнослужащих срочной службы и его преодоление: Автореф. дис. канд. психол. наук. М. ГА ВС, 1993.

Дюркгейм Э. Самоубийство: социологический этюд: Пер. с фр. М.: Мысль, 1994.

Лукас К., Сейден Г. Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М.: Смысл, 2000.

Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-центр, 2001.

Глава 11
ПРЕОДОЛЕНИЕ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ
11.1. Экстремальные ситуации как фактор оказания психологической помощи

В своей жизни человек не может избежать дистрессов, неприятностей, негативных чувств, нервных перегрузок и пр., даже если будет оберегать себя от них. Причиной этого являются - *жизненные противоречия* разного рода: между желаемым и имеющимся, возможным и действительным, ожидаемым и получаемым, потребным и возможным, необходимым сейчас и требующим времени, старым и новым, зарождающимся и устаревающим. Преодоление таких противоречий сопряжено с рисками и опасностями.

Риск достижения желательного человеку результата содержит *угрозу* трудностей, проблем, опасностей их непреодолимости, наступления по ходу и в итоге нежелательных, порой необратимых последствий. Проявления рисков, угроз, опасностей происходит не само по себе, а в зависимости от действий человека, от его подготовленности к их пониманию и оценке, построению своего поведения в целях их снижения.

В каждой жизненной ситуации существует своя ***вероятность (уровень, степень) риска*** - наступления нежелательных сложностей, опасностей, последствий. Она может быть охарактеризована отношением вероятности происхождения нежелательного последствия к его абсолютной неизбежности:

$$\text{Уровень риска} = \frac{\text{Ситуативная угроза наступления нежелательных последствий}}{\text{Абсолютная неизбежность нежелательных последствий}}$$

Уровень риска может быть:

- *пренебрежительно малым,* с которым можно не считаться и не предпринимать специальных мер безопасности;
- *приемлемым,* при котором действия возможны, но требуются особые меры безопасности;
- *непреодолимым,* при котором при любых мерах безопасности отрицательные последствия неизбежны (табл.1).

Таблица 1

Характеристика уровней риска

Объективный уровень риска	Меры безопасности	Результат
Непреодолимый	Максимально обязательны	Негативные последствия неизбежны
Приемлемый	Обязательны	Негативные последствия возможны
Пренебрежительно малый	Желательны	Небольшой риск сохра-няется

Управление риском всегда (и в повседневной жизнедеятельности тоже) предполагает:

• оценку ситуаций и планируемых действий с учетом содержащегося в них уровня риска, вероятности успеха и неудач;

• принятие решения действовать только при приемлемом и пренебрежительно малом уровне риска;

• заботу во всех случаях о мерах безопасности, снижающих до предельной возможности уровень риска и повышающих вероятность успеха;

• повышение заботы по снижению уровня риска по мере приближения к непреодолимому уровню;

• поддержание бдительности и готовности при всех принятых мерах безопасности в связи с сохраняющейся вероятностью появления непредвиденных угроз и опасностей.

Оценивая степень риска, человек должен принимать решения и осуществлять действия, соотнося собственные возможности для максимального снижения риска, обеспечения безопасности с приоритетами своего поведения.

Например, переход улицы в неустановленном месте сопряжен с риском попасть под колеса автомашины. Уровень риска повышается с увеличением плотности дорожного движения, скорости движения автомашин, ширины дороги, снижением обзора, видимости и др. При относительно небольшом уровне риска (отсутствие видимости автомашин, узкая дорога, ее плохое покрытие и автомобильные заторы, не позволяющие машинам двигаться с большой скоростью и др.), а тем более при большом решение зависит от ответа на вопрос: стоит ли рисковать и подвергать опасности собственную жизнь, которой нет цены? При ответе на него разумно принять во внимание все «за» и «против».

К таковым относятся: время (возможность перейти в безопасном месте, затратив дополнительное время), события на дороге (например, выбежавший внезапно на дорогу ребенок), события на другой стороне ее (например, случайное обнаружение в потоке прохожих знакомого, с которым нужно обязательно и немедленно поговорить), общественная дисциплина, требующая переходить улицу только в установленных местах, возможное негативное, неодобрительное отношение к себе со стороны других людей (прохожих и водителей), вероятность вызвать дорожное происшествие (водитель, резко уклоняющийся от наезда на перебегающего дорогу человека, может столкнуться с другими машинами или выскочить на тротуар и сбить людей), отношение к своему здоровью и жизни, собственная ловкость и др.

Итак, риск перейти дорогу в неустановленном месте 8 абсолютном большинстве случаев неприемлем и лишь в исключительных случаях может оказаться оправданным. Но и при этом надо действовать предусмотрительно.

Риски и угрозы есть везде и всегда. Каждый может оказаться жертвой транспортной катастрофы, быть убитым молнией, случайно упавшей на голову

сосулькой или предметом с балкона, подвергнуться нападению хулиганов, сломать ногу, случайно наступив на корку банана, подвергнуться обману мошенника и др., хотя математические величины вероятности каждого такого события различны. Индивидуальны они и для каждого человека.

Пренебрегающий приоритетами безопасности, превышающей нормы приемлемого риска, повышает и вероятность стать жертвой собственной неосторожности. Но неосторожность опасна и в повседневной жизни.

Так, передвижение в одиночестве по безлюдной и плохо освещенной улице ночью резко повышает степень риска подвергнуться насилию. Если человек хорошо владеет приемами самозащиты или у него есть технические средства (газовый пистолет, электрошок и др.), то уровень риска снижается, хотя никогда не опускается до нуля.

Специальная подготовка человека к обеспечению безопасности жизнедеятельности призвана помочь ему. Двигаясь по «реке жизни», следует помнить о «мелях», «рифах», «корягах», «глубинах», других людях, соблюдать осмотрительность и осторожность.

Всех противоречий, рисков, угроз не избежать. Встречаясь с ними и преодолевая их, приходится использовать все свои достоинства и возможности. Психологически процесс их преодоления, по Ф.Е. Василюку, сопряжен с *переживаниями*[56], которые эмоционально могут быть положительно и негативно окрашенными.

По степени разрешимости выделяются:

трудности - относительно небольшие противоречия и переживания при их преодолении;

конфликты - острые противоречия и переживания (не только в общении, но и в делах, положении, действиях и др.);

---

[56] *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М., Изд-во МГУ. 1984.

кризисы - предельно острые противоречия и события, от решения которых нельзя уйти, но и решить которые доступными индивиду способами не возможно; они сопровождаются состоянием фрустрации.

К таким ситуациям обычно относятся: смерть близкого человека; разрыв с любимым человеком; тяжелое, коренным образом меняющее дальнейшую жизнь заболевание; увечье, меняющее существенно внешний вид человека; потеря уважения со стороны близкого и значимого круга людей; пожар, уничтоживший все нажитое; совершение автолюбителем наезда на человека, повлекшего его тяжелые увечья или гибель; достижение старческой немощности и др.

Очень важно, как человек переносит кризисы, удары судьбы, что человек делает, когда сделать уже ничего нельзя. Переживание как внутреннее преодоление человеком кризисной ситуации, в которую он попал, по Ф.Е. Василюку, преимущественно зависит от интеллекта человека и его отношения к окружающему миру.

Ученым выделены четыре типа переживаний:

- гедоническое - отрицание свершившегося факта, создание иллюзии благополучия («ничего страшного не случилось») в целях устранения или недопущения тяжелых чувств от происшедшего события;
- реалистическое - принятие происшедшего как необратимого факта, с которым («ничего не поделаешь») надо смириться, которое необходимо забыть, и продолжать жить;
- ценностное - принятие неизбежности свершившегося, но неиллюзорное преобразование его в сознании, как при гедоническом переживании, и не пассивное, как при реалистическом, а активное, с новым осмысливанием значения происшедшего для себя, как в новой жизни, которая должна теперь строиться иначе.

Такой кризис, например, бывает возрастным, при смене юношеской психологии на взрослую, когда взамен «розовых очков», временно замененных «черными» при столкновении с «правдой жизни», у человека

появляется нормальное видение жизни, уравновешенные пропорции ее радостного солнечного света и освежающих холодных теней;

- творческое - переживание сложившейся творческой личности, обладающей опытом преодоления трудностей, развитым интеллектом, привычкой к поиску решения, казалось бы, непреодолимых проблем.

Неизбежны возрастные кризисы у многих пожилых и старых людей. Причина их не только в количественных данных возраста, но и в обрыве человеком связей с окружающей социальной средой.

В любом возрасте надо уметь жить соответственно его особенностям, реализовать четвертый - творческий вид переживания. Нужно и возможно продолжение активной жизни, поисков, творений и в пенсионном возрасте, насколько это позволяет состояние здоровья.

Приведем примеры из истории: Платон умер в Греции на 81-м году во время работы над очередной книгой, Микеланджело в 87 лет творил очередную скульптуру в Риме, Ньютон в 72 года написал теоретически новаторское предисловие к своим ранее изданным трудам по физике, И. П. Павлов в возрасте почти 80 лет создал основы учения о второй сигнальной системе, сыгравшего революционную роль в понимании физиологических предпосылок сознания человека.

Средний возраст тех, кто защищает сейчас докторские диссертации, воплощает в жизнь крупные научные достижения мысли и практики, — около 50 лет. Знаменитый советский тяжелоатлет, многократный чемпион и рекордсмен мира по поднятию штанги *Ю.П. Власов*, переживший кризис, связанный со здоровьем, писал: «Надо воспитать себя, а точнее, перевоспитывать, дабы несчастья, горе, усталость и беды не обращались в подавленность, беспомощность, растерянность, страх, а, наоборот, разбивались об энергию сопротивления. Надо, чтобы единственным ответом на подобные чувства и события было поведение, организованное на преодоление печальных и трудных обстоятельств».

При преодолении повседневно возникающих трудностей, проблем и кризисов полезно опираться на ряд *психологически и педагогически обоснованных* ***общих правил:***

- ***преодолевать*** не значит терпеть и барахтаться безвольно в потоке событий. Надо самоорганизовывать преодоление трудностей, кризисов и решение проблем; сознательно выстраивать при столкновении с трудностями свое поведение, управлять собой и своей активностью; преодолевать - значит активно действовать, *создавать успех,* принимая решения, осуществляя разные действия, используя приемы, лучшие средства и способы, чтобы прийти к желаемому результату. Успех надо творить. Его надо заслужить отличной предварительной подготовкой, поведением, делом, трудом в нужное время и в нужном месте;
- произвольно и умело ***мобилизовать*** себя, «извлекать» и проявлять имеющиеся возможности, все лучшее, что накоплено при предварительной экстремальной подготовке, активизируя и направляя волевыми усилиями свою целеустремленность, ум, знания, умения и навыки, выдержку, настойчивость, упорство;
- ***проявлять жизнестойкость***, не робеть при встрече с трудностями и неудачами, всегда сохранять оптимизм и веру в успех, не терять надежд ни при каких обстоятельствах, когда что-то не получается, собраться с силами и мыслями;
- при принятии ответственных решений ***выбирать всегда лучшее из нескольких возможных***. Взвешивать при этом все «за» и «против» каждого из вариантов, что может быть облегчено составлением наглядных табличек на листе бумаги: слева - «за» (плюсы), справа - «против» (минусы), с последующей оценкой итогов (так называемый список Робинзона);
- ***не преувеличивать значение неудач***, не отчаиваться, не рассматривать их как «надгробный камень» делу и решаемой задаче, а

верить, действовать, искать, жить. Помнить, что побежден лишь тот, кто признал себя побежденным. Прошлое нельзя изменить, но будущее в наших руках и его надо создавать своим умом, волей, трудом;

- ***отличать неудачу от катастрофы***, неурядицу от беды, частный промах от крушения личных планов; уметь видеть успехи и достижения, не сосредоточиваться на плохом;
- в любых трудных ситуациях ***поддерживать установку на активное выявление имеющихся***, но неиспользованных возможностей;
- жить, делать выводы из личных уроков и ***не повторять ошибок***. Не стыдиться учиться хорошему у других, старших по возрасту и обладающих опытом.

Молодым (особенно в подростковом и юношеском возрасте) решать возникшие проблемы бывает психологически трудно. Весьма часто проявляется возрастная ограниченность сознания: человеку кажется, что он достиг вершины понимания всего. Первоклассник думает, что он если и не знает многого, то несравненно умнее дошкольников. Семиклассник полагает, что теперь он все понимает в жизни, а первоклассник просто глуп по сравнению с ним. Десятиклассник смотрит сверху вниз на семиклассника, считая себя умнее. Для студента, окончившего вуз, и десятиклассники, и первокурсники - неразумные ребята. Проработав лет пять, он понял, что при выпуске из вуза был всего лишь подающим надежды специалистом, первоклассником в школе труда и т.д.

Никакие знания, навыки и качества не могут дать полноценного понимания жизни и профессии. Они лишь начало познания. Всем вроде бы ясно, что такое альпинизм, но, только достигнув вершин гор и побывав на них, действительно понимаешь, что это такое. Многим кажется, что они разбираются в семейной жизни, но, только создав семью и приобретя 10-15 летний опыт, они начинают разбираться в ней. Все как будто знают, что такое быть отцом и матерью, но только родив и вырастив ребенка, прочувствуют это на деле. Опыт - великий учитель. В нем приобретается

мудрость - величайшее, хотя часто неценимое достоинство его обладателя. Мудрость позволяет глубоко, в главном, во всем объеме зависимостей, почти интуитивно оценивать реальность и предвидеть последствия. Поэтому надо усердно учиться у думающих, умных, с жизненным и профессиональным опытом людей.

Стоит прислушаться и к советам мудрецов. Древний философ Сенека говорил: «Каждый несчастен настолько, насколько полагает себя несчастным». Средневековый французский гуманист М.Монтень писал: «Человек страдает не столько от того, что происходит, сколько от того, как он оценивает то, что происходит». Французская поговорка гласит: «Человек никогда не бывает так счастлив или несчастен, как это кажется ему самому». Это значит, что генератором наших переживаний больше являемся мы сами, чем реальные события в нашей жизни. Можно утешить себя мыслью, что реальное положение дел всегда лучше, когда оно кажется нам плохим, очень плохим или невыносимо плохим.

Производственный травматизм и смертность находятся на высоком (по некоторым данным на третьем) месте среди всех других экстремальных ситуаций, причин, но никто не подсчитывал психологический урон, который приносят психологические трудности, проблемы и кризисы, вызываемые недостатками на рабочем месте. Короче говоря, пристальное внимание должно быть уделено обеспечению безопасности труда людей.

В сфере труда имеется *несколько групп источников психологических трудностей, проблем, кризисных испытаний и опасностей для здоровья и жизни человека.* Это:

- *сам человек,* уровень его подготовленности к труду, образованности, воспитанности, психологические особенности личности, отношение ее к дисциплине труда, соблюдению техники безопасности, бдительность и готовность к действиям при возникновении экстремальных ситуаций, психические состояния и их изменения в процессе труда;
- *объективные характеристики труда* - его цели, задачи, функции,

требования к количеству и качеству продукта труда;

- *объективные сложности труда* - устойчивые свойства обрабатываемого объекта; трудности придания заданных предметных особенностей объекту, являющемуся предметом труда; темпы, степень несоответствия требуемого результата и предоставляемого времени, наличных средств и способов для его получения; силы противодействия достижению требуемого результата; правовые и моральные ограничения в использовании всех возможностей для получения максимального результата;
- *объективные условия труда* - степень удобства рабочего места, комфортность и гигиенические параметры окружающей физической среды (температура, освещенность, влажность, чистота воздуха, тепловые, электромагнитные и радиоактивные излучения, ионизация, шум, просторность, эстетичность), режим труда и отдыха, опасности и риск получения травм и потери жизни, эффективность существующей системы обеспечения безопасности и предупреждения производственного травматизма;
- *социально-психологические и педагогические особенности трудового коллектива* - социально-психологический климат, общественное мнение, настроение, традиции, взаимоотношения, отношения дружбы, товарищества, коллективизм и взаимная ответственность, конфликтность, степень самоуправляемости, воспитывающий характер и др.;
- *управление* - личность руководителя и работников управленческого аппарата, стиль и методы управления, организация управления, мотивация сотрудников, подбор и расстановка людей, работа с сотрудниками в процессе труда, внимание к людям, обучение в процессе труда, соблюдение прав работающих, справедливость и своевременность оплаты труда, соблюдение требований трудового законодательства, организация системы социальной защиты и др.;

• *внешние условия* - федеральные и региональные события, влияющие на работу организации; взаимодействие с другими организациями и лицами, положение на рынке труда и сбыта, оборот финансовых средств, налоги, безработица и пр.

Множество факторов, влияющих на успех труда, его риск и опасность, а также сложность их упорядочения, большая представленность в их комплексе субъективных факторов определяют реально существующую повсеместно экстремальность труда. В принципе, есть меры, предназначенные обеспечить благоприятные условия для высокой производительности и безопасности труда. Они включают социальные, правовые, организационные, технические и иные меры, базирующиеся на данных научных исследований и получившие общее название - ***научная организация труда (НОТ).***

Начало НОТ было положено в области исследованиям и практики совершенствования производств американским инженером ***Френсисом Тэйлором*** (1856 - 1915). В начале 20-х годов прошлого века его опыт был рекомендован к массовому использованию и в России.

Если говорить только о психологических и педагогических мерах для создания благоприятных условий труда, среди перечисленных факторов им принадлежит важная роль. Имеется многочисленная литература по физиологии, гигиене, психологии, социальной психологии труда, эргономике, в которой предусмотрено все до мелочей (вплоть до цвета стрелки на приборе, формы спинки стула, рабочей позы и пр.) для создания комфортности в работе.

По зарубежным данным, работа вызывает стресс у довольно значительного числа людей (американские исследователи называют цифру 75%). Изыскиваются меры по снятию возникающего стресса в ходе работы. Лучшие зарубежные корпорации создают программы «обеспечения хорошего самочувствия». Обычно они проводят в обеденный перерыв лекции для сотрудников о стрессе, его причинах, правилах борьбы с ними, о том, как лучше питаться, эффективно распределять свое время, бросить курить и др.

Принимаются и меры по выявлению источников экстремальных воздействий, их устранению или снижению, восстановлению психологического равновесия работников. Выпускаются разные игровые аппараты, помогающие снимать стресс. Одна из последних новинок - машина, установленная в нью-йоркском «Успокоительном центре» - «синхроэнергайзер», которая, как сообщается, способна заметно снизить стресс с помощью светового и звукового воздействий.

Машина обслуживает одновременно 32 человека, но есть и индивидуальные «синхроэнергайзеры». Немалое внимание в программах уделяется повышению культуры саморегуляции, методикам релаксации, пропаганде здорового образа жизни. При появлении психического перенапряжения работнику рекомендуется заняться прежде всего собой, провести «внутреннюю» инвентаризацию «актуальных проблем», т.е. найти причины стресса. Затем трезво оценить, что можно реально сделать по их устранению. Лучше всего сесть за стол и составить список всех причин, порождающих стресс, и против каждой написать меры, позволяющие их контролировать или нейтрализовать.

В публикациях есть сообщение о том, что на многих японских фирмах в скромном уголке устанавливается мягкая кукла (в натуральный размер) в образе начальника. Каждому работнику, желающему снять накопившееся внутреннее недовольство руководителем, предоставляется возможность выместить свое раздражение (разрядиться) на этой кукле физически и словами.

Теория и практика выработали **три основных направления повышения безопасности труда, предупреждения травматизма и несчастных случаев** на производстве.

1. ***Снижение уровня объективных опасностей труда*** - принятие технических мер по созданию безопасных орудий труда, среды и защитных устройств, снижающих возможность соприкосновения тела, рук, ног работающих с опасными местами, устройств, автоматически обеспечивающих

безопасность при рискованных или ошибочных действиях работающих (например, автоматическое снятие электрического питания), и сигнализаторов опасности (звуковых, световых). Эффективность таких мер зависит от отношения руководителей производств к вопросам безопасности работающих, их квалификации по этим вопросам, а также от технических и финансовых возможностей.

2. Повышение уровня безопасного поведения работающих – это в основном психолого-педагогическое направление. Этот уровень достигается:

• профессиональным мастерством и опытностью работающих;

• специальной подготовленностью по правилам и мерам безопасности (их знание, убежденность в необходимости выполнения, навыки и умения);

• отношением работающих к вопросам безопасности, которое во многом зависит и от профессиональной квалификации, проявляющейся в наличии и устойчивости у них внутренней установки на бдительность и безопасность. Профессионал понимает феномены «первичной» и «вторичной беспечности» (возникающей при привыкании к опасности), сознательно стимулирует себя к проявлению привычки к постоянному и точному соблюдению мер безопасности;

• стимулированием руководством предприятия постоянной бдительности всех работающих (с учетом того, что среди них есть люди с невысокой профессиональной квалификацией, слабо знающие или недооценивающие меры безопасности). Справедливо писал М.А. Котик о том, что все звенья управления производством должны постоянно проявлять «видимый» и «слышимый» работающими интерес руководства к вопросам безопасности труда, «захватывая» их своим настроем. Среди мер, стимулирующих отношение работающих к безопасности, используются:

• официальное введение на производстве правил безопасности, их изучение с работающими и напоминание о них путем вывешивания на рабочих местах и оформления в виде привлекающих к себе внимание плакатов (мер безопасности не должно быть излишне много, ибо чем их больше, тем хуже они

выполняются. Неразумно включать в них позиции типа «не лезь в огонь - обожжешься»). Вывешиваемые на рабочих местах плакаты должны содержать самые главные правила безопасности, необходимо периодически менять их содержание, место размещения и внешнее оформление, чтобы вновь и вновь привлекать внимание работающих.

Часть правил безопасности стоит регулярно оглашать с помощью внутренних средств громкоговорящей связи, причем в сжатой и выразительной форме, чтобы они прочно вошли в память и стали внутренними формулами самоуправления;

• постоянный строгий контроль за выполнением всех правил безопасности;

• постановка в пример всем и поощрение лиц, строго соблюдающих требования безопасности и своими действиями предотвративших их нарушение или опасную ситуацию;

• гласные разборы случаев нарушения безопасности;

- регулярные проверки знания правил безопасности работающими;
- напоминание о безопасности при инструктаже заступающих рабочих смен;
- требование получения разрешения на выполнение нештатных и ремонтных работ с повышенным риском;
- введение надбавок (премий) к заработной плате (месячных или квартальных) при отсутствии в коллективе нарушений правил безопасности, предаварийных ситуаций, происшествий, травм, несчастных случаев (что стимулирует в коллективе взаимный контроль за безопасностью);
- применение наказаний к нарушителям правил безопасности;
- периодическое проведение розыгрышей призов, к участию в которых допускаются только лица, не имевшие замечаний по поводу безопасности за определенный отрезок времени (такой опыт имеется и оправдал себя на ряде зарубежных предприятий).

Универсальна мысль М.А. Котика о том, что *нарушения прекратятся только тогда, когда они перестанут быть источником выгоды*[57]. Зарубежные исследования подтверждают, что при воспитании безопасного поведения работающих эффективны лишь те средства и методы, которые связаны с и н т е р е с о м самих работающих.

Приведем данные, полученные при опросах: рабочие, интересующиеся вопросами безопасности, считают эффективным средством плакат, а те, кто безразличен к ним - учебные кинофильмы; беседы одобряют только те рабочие, которые знают, что сам начальник и рабочий коллектив действительно положительно относятся к вопросам безопасности; литературой по вопросам безопасности и обучением безопасному поведению интересуются рабочие, серьезно относящиеся к вопросам безопасности; состязания целесообразны в тех группах, где есть интерес к вопросам безопасности; контроль оценивают положительно группы, где мастер заинтересован в безопасном труде.

Поэтому наряду с воспитательными мерами за рубежом придают особое значение интересу работников. Это вполне в духе Дейла Карнеги, который писал, что он любит клубнику со сливками, а рыба почему-то любит червяков. Но когда он идет ловить рыбу, он думает о червяках, а не о клубнике. Также и в жизни: когда надо наладить с кем-то сотрудничество и достигнуть взаимопонимания, следует знать и учитывать его интерес.

3. ***Создание*** **и** ***безотказное функционирование системы оперативного реагирования*** на происшествия и несчастные случаи. Она начинается с подготовленности всех:

- к оказанию неотложной медицинской помощи;
- немедленным действиям при возникновении экстремальных ситуаций, которые позволяют пресечь на рабочем месте событие, начавшееся развиваться в экстремальном направлении, локализовать его распространение, снизить остроту, предупредить или свести к

---

[57] *Котик М.А.* Психология и безопасность. 2-е изд., испр. и доп. Таллин : Валгус, 1987. С. 276.

минимуму нежелательные последствия. Это действия при отказах техники, отключении энергии, возгораниях, распространении химических веществ, разливе нефтепродуктов и пр.

Кроме того, важны сформированность, подготовленность и готовность всей службы быстрого реагирования организации, предприятия (ремонтников, пожарных и др.) и использование помощи местных служб (медицинских, пожарных, МЧС и др.).

11.2. Экстренная психологическая помощь в экстремальных ситуациях

Оказание экстренной психологической помощи возможно лишь в том случае, если реакция на экстремальную ситуацию не является патологической.

Основная задача психолога в экстремальных ситуациях - вовремя определить неблагоприятные психологические состояния для оказания экстренной помощи и обучить клиента (пострадавшего) приемам экстренной психологической помощи непосредственно после трагических событий.

Рассмотрение различных типов реакций и помощи при возникновении их является необходимым, так как одно и то же воздействие на людей может вызывать у них различные реакции. Проявление той или иной реакции у конкретного человека зависит в равной мере от конкретной ситуации и от индивидуальных особенностей человека, его жизненного опыта, ценностей мировоззрения. Таким образом, при оказании экстренной психологической помощи можно наблюдать целый спектр всевозможных реакций.

Оказание экстренной психологической помощи происходит после события, которое сильно воздействовало на эмоциональную, когнитивную, личностную сферы человека. Это могут быть масштабные чрезвычайные ситуации природного или техногенного характера, а также менее масштабные события, которые также являются мощными стрессогенными

воздействиями для человека (ДТП, изнасилование, внезапная смерть близкого человека и др.). Почти всегда такие события можно охарактеризовать как события внезапные.

Таким образом, ***экстренная психологическая помощь - это краткосрочная помощь после сильного негативного стрессогенного воздействия (дистресса).***

При переживании кризисной ситуации чаще всего встречаются такие реакции:

- плач;
- истерика;
- нервная дрожь;
- страх;
- двигательное возбуждение;
- агрессия;
- ступор;
- апатия;
- насилие и др.

Плач можно отнести к реакциям, которые позволяют дать выход негативным эмоциям. Реакцию плача можно рассматривать как нормальную и даже желательную в ситуациях потери близкого человека, жилья, дома. Проявление реакции плача является симптомом переработки негативных эмоций, поэтому крайне важно дать реакции плача состояться.

Признаки данной реакции таковы: человек уже плачет или готов разрыдаться; подрагивают губы; наблюдается ощущение подавленности; в отличие от истерики нет возбуждения в поведении.

При оказании *помощи* в ситуации, когда у пострадавшего начинается реакция плача, крайне важно поддержать человека поддержку на рациональном, вербальном и телесном уровнях. Не желательно оставлять

пострадавшего одного; если не возможно оказать такому человеку профессиональную помощь, необходимо позаботиться о том, чтобы рядом с ним кто-то находился – близкий или знакомый человек. Можно и нужно применять физический контакт с пострадавшим (взять за руку; положить свою руку на плечо или спину, погладить по голове); это поможет человеку почувствовать, что он не один.

Использование приемов «активного слушания» помогает присоединиться к человеку на вербальном уровне, что обеспечивает возможность состояться реакции плача, выплеснуть свое горе. Периодически надо произносить «угу», «ага», «да», кивать головой, т.е. подтверждать то, что слушаете и сочувствуете; повторять за человеком отрывки фраз, в которых он выражает свои чувства; говорить о своих чувствах и чувствах пострадавшего; не следует задавать вопросы, давать советы.

Если человек сдерживает слезы, то эмоциональной разрядки, облегчения не происходит. Если это продолжается достаточно долго, то может повредить физическому и психологическому здоровью человека.

Истерика. Ее *признаками являются:* сохранение сознания, но почти не возможен контакт; чрезмерное возбуждение, множество движений, театральные позы; речь эмоционально насыщенная, быстрая; крики, рыдания.

При оказании *помощи* надо удалить зрителей, создать спокойную обстановку. Если это не опасно, остаться с пострадавшим наедине. Неожиданно совершить действие, которое может остановить истерику (дать пощечину, облить водой, с грохотом уронить предмет, резко крикнуть на пострадавшего). Говорить с пострадавшим надо короткими фразами, уверенным тоном («выпей воды», «умойся»).

После истерики наступает упадок сил. Необходимо уложите пострадавшего спать. До прибытия специалиста наблюдать за его состоянием. Не потакать желаниям пострадавшего.

Нервная дрожь. Часто можно видеть такую картину: человек, только что переживший аварию, нападение или ставший свидетелем происшествия, сильно дрожит. Это неконтролируемая нервная дрожь - так тело «сбрасывает» напряжение. Если эту реакцию остановить, то напряжение останется в теле и может стать причиной мышечных болей и других болезней.

Дрожь начинается внезапно сразу после инцидента или спустя короткое время; появляется сильное дрожание всего тела или отдельных его частей (человек не может удержать в руках мелкие предметы, зажечь сигарету).

Помощь должна быть направлена на усиление проявляющейся

Дрожи. Для этого надо взять пострадавшего за плечи, сильно и резко потрясти в течение 10 - 15 секунд. Во время этого приема необходимо разговаривать с ним, иначе человек может воспринять эти действия как нападение.

Нельзя обнимать или прижимать пострадавшего к себе, укрывать его, успокаивать, говорить, чтобы взял себя в руки.

Страх. Ребенок просыпается ночью оттого, что ему приснился кошмар. Человек, переживший землетрясение, не может зайти в свою уцелевшую квартиру. Однажды попав в катастрофу, человек не садится за руль. Все это - страх. Основными *признаками проявления страха являются:* напряжение мышц (особенно лицевых), сильное сердцебиение, учащенное поверхностное дыхание, сниженный контроль собственного поведения; панический страх и ужас могут побудить к бегству, вызвать оцепенение, агрессивное поведение; при этом человек плохо контролирует, что он делает и что происходит вокруг.

При оказании *помощи* надо помнить, что страх может быть полезным, когда помогает избежать опасности (страшно ходить ночью по темным улицам). Поэтому бороться со страхом нужно тогда, когда он мешает жить

нормальной жизнью (ребенок боится чудовищ, которые живут под кроватью; человек, переживший насилие, боится входить в свой подъезд).

Чтобы помочь человеку, необходимо положить его руку себе на запястье, чтобы он ощутил ваш спокойный пульс, - это сигнал: «Я сейчас рядом, ты не один». Дышать глубоко и ровно. Побуждать пострадавшего дышать в одном с вами ритме. Сделать пострадавшему легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

Если пострадавший говорит, то важно слушать его, выказывать заинтересованность, понимание, сочувствие. Желательно использовать отвлекающие занятия, не требующие сложных интеллектуальных действий.

Необходимо предложить человеку найти образ своего страха, добиться детального его описания, попросить спроецировать его на воображаемый экран («На что похож твой страх? Какого он цвета, формы, движется или нет?» и т.п.), увеличить в размерах (или приблизить) этот образ, а затем уменьшить (или удалить) его. Это позволит пострадавшему почувствовать контроль над собственным страхом («Попробуй увеличить свой образ на 1 %, теперь уменьшить на 2 %» и т.д.).

По просьбе психолога пострадавший показывает место в теле, где в данный момент «находится» страх. Нужно помочь человеку проговорить телесные ощущения, вызываемые страхом, попросить найти и описать противоположное страху ощущение в теле («Что противоположно напряжению?», «Где это ощущается в теле?»). После детального описания надо вернуться в место расположения страха в теле и спросить о том, что изменилось в ощущениях. Психолог «путешествует» от телесных ощущений страха к ресурсным, положительным переживаниям до тех пор, пока последние не станут незначительными.

С детьми используется техника вынесения образа страха вовне (в виде рисунка, фигуры из пластилина или глины). У ребенка спрашивают, что он хотел бы сделать со своим страхом (порвать, скомкать, сжечь, спрятать); после этого проделывают желаемое вместе с ребенком.

Такие несложные приемы могут помочь справиться с неприятным переживанием страха.

Двигательное возбуждение. Иногда потрясение от критической ситуации бывает сильным: человек просто перестает понимать, что происходит вокруг него. Он не понимает, где враги, а где помощники, где опасность, а где спасение. Единственное, что он может делать, - это двигаться. Движения могут быть совсем простыми («Побежал, а когда пришел в себя, оказалось, что я не знаю, где нахожусь») или достаточно сложными («Я что-то делал, с кем-то разговаривал, куда-то бежал, но ничего не могу вспомнить»), резкими; часты бесцельные и бессмысленные действия, слишком громкая речь; нередко отсутствует реакция на окружающих; опасность причинения вреда себе и другим.

При оказании *помощи* необходимо удержать человека приемом «захвата»: находясь сзади, просунуть свои руки подмышки пострадавшему, прижать его к себе и слегка опрокинуть на себя; изолировать пострадавшего от окружающих; массировать ему позитивные точки; говорить спокойным голосом, не спорить, в разговоре избегать фраз с частицей «не».

Агрессия. Каждый человек переживает критическую ситуацию по-своему - кто-то цепенеет, кто-то бежит, а кто-то начинает злиться. Проявление раздражения, недовольства, гнева (по любому, даже незначительному поводу), злобы или агрессии может сохраняться достаточно длительное время и будет мешать самому пострадавшему и окружающим; возможно нанесение окружающим ударов руками или какими-либо предметами; словесное оскорбление, брань; мышечное напряжение; повышение кровяного давления.

При оказании *помощи* нужно свести к минимуму количество окружающих, дать пострадавшему возможность «выпустить пар» (например, выговориться или «избить» подушку).

Пережившему критическую ситуацию необходимо поручить работу, связанную с высокой физической нагрузкой. Психологу важно

демонстрировать благожелательность, стараться разрядить обстановку смешными комментариями или действиями. Агрессия может быть погашена страхом наказания, если нет цели получить выгоду от агрессивного поведения, если наказание строгое и вероятность его осуществления велика. Если агрессию вызывает какой-либо человек (начальник, знакомый, сослуживец), то можно применить несколько несложных приемов:

- попросить визуализировать его («Представь этого человека, сконцентрируйся на его одежде, голосе, манере поведения»);

- предложить проделать следующие действия с неприятным образом: уменьшить в размерах, одеть в смешную одежду, пририсовать усы и т.п.

Другой вариант. После того как представлен в мельчайших деталях облик человека, вызывающего агрессию, нужно попросить пострадавшего вспомнить какое-нибудь место, где было очень хорошо, спокойно, уютно; предложить ему поместить неприятный образ на яркую картинку такого места, постепенно уменьшить негативный образ до маленького пятнышка.

После нужно попросить опять вспомнить образ «плохого» человека и ситуацию, которая вызвала агрессию. Делать это надо до тех пор, пока образ не будет вызывать резко негативных эмоций.

Ступор. Человек неподвижен, сидит в одной позе и ни на что не реагирует, он как бы «оцепенел от горя». Так проявляется ступор – одна из самых сильных защитных реакций организма. Резкое снижение или отсутствие произвольных движений и речи, реакций на внешние раздражители (шум, свет, прикосновение, боль), «застывание» в определенной позе, оцепенение, состояние полной неподвижности; возможно напряжение отдельных групп мышц - это происходит тогда, когда человек затратил столько энергии на выживание, что сил на любое взаимодействие с окружающим миром у него уже нет.

При оказании *помощи* нужно согнуть пострадавшему пальцы на обеих руках и прижать их к основанию ладони. Далее массировать пострадавшему кончиками большого и указательного пальцев точки, расположенные на лбу

над глазами, ровно посередине между линией роста волос и бровями. Ладонь свободной руки надо положить на грудь пострадавшего, подстроить свое дыхание под ритм его дыхания.

Человек в таком состоянии может слышать и видеть, поэтому нужно говорить ему на ухо тихо, медленно и четко то, что может вызвать у него сильные эмоции (лучше негативные).

Важно любыми средствами добиться реакции пострадавшего, вывести его из оцепенения.

Апатия. Непреодолимая усталость. Любое движение, слово дается с огромным трудом. В душе равнодушие и безразличие - нет сил даже на эмоции. Безразличное отношение к окружающему, вялость, заторможенность, речь медленная, с большими паузами.

Оказывая *помощь* пострадавшему, необходимо задать ему несколько простых вопросов («Как тебя зовут? Как ты себя чувствуешь? Хочешь есть?»).

Далее проводить пострадавшего к месту отдыха, помочь удобно устроиться (обязательно снять обувь), взять за руку или положить свою руку ему на лоб. Дать человеку возможность поспать или просто полежать.

Если нет возможности пострадавшему отдохнуть (происшествие на улице, в общественном транспорте, ожидание окончания операции в больнице) надо поговорить с ним, вовлечь его в любую совместную деятельность (прогуляться, выпить чая или кофе, помочь окружающим, нуждающимся в помощи).

Насилие, связанное с угрозой для жизни (помощь взрослому). К подобным ситуациям относятся захват террористами, ограбление, разбойное нападение. За короткое время происходит столкновение с реальной угрозой смерти (в обыденной жизни психика создает защиту в виде иллюзий, позволяющих воспринимать смерть как далекое и нереальное событие).

Даже если человек не подвергся физическому насилию, он все равно получил сильнейшую психическую травму. Меняется образ мира, действительность представляется наполненной роковыми случайностями. Человек начинает делить свою жизнь на две части – до события и после него. У него возникает ощущение, что окружающие не могут понять его чувств и переживаний.

Оказывая *помощь* такому человеку, необходимо дать ему возможность выразить чувства, связанные с пережитыми событиями в беседе; если он отказывается от беседы, предложить описать произошедшее событие и свои ощущения в дневнике или в виде рассказа.

Важно показать человеку, что даже в связи с самым ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам поразмышляет над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).

Нужно дать возможность пострадавшему общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события).

Нельзя позволять пострадавшему играть роль «жертвы», т.е. использовать пережитое трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

11.3. Оказание психологической помощи при катастрофах, авариях и стихийных бедствиях с использованием психофармакологических средств

При катастрофах, стихийных бедствиях, взрывах, авариях можно столкнуться с ситуацией, когда человек изолирован в завале (при взрывах и землетрясениях); на крышах домов, деревьях (при наводнениях); в автомобиле (при ДТП). Этот человек является непосредственной жертвой катастрофы.

Представим ситуацию: вы находитесь в темной, заваленной мебелью комнате, не представляете, где и что находится, и не знаете, как из нее выбраться. Ситуация, когда человек находится в завале, намного хуже. В этом случае любая информация является единственной связью с окружающим миром, становится на вес золота. Поэтому важным является то, что и как нужно говорить.

А говорить в завале необходимо громко, медленно и четко. Сообщать людям информацию о том, что помощь идет и что необходимо соблюдать правила поведения: максимально экономить силы; дышать медленно, неглубоко, через нос, что позволит экономить кислород в организме и окружающем пространстве; запретить физические действия по самоосвобождению.

Освобожденным из завала в первую очередь оказывается медицинская помощь; психологическая помощь необходима и возможна в том случае, если уже оказана медицинская помощь или ее оказание пока не возможно (человек изолирован).

Рассмотрим использование фармакологических средств при оказании медико-психологической помощи.

Психотропные препараты.

В медицине существуют 2 группы препаратов: соматотропные и психотропные (тропность – избирательность).

Психотропные – избирательно воздействующие на психические расстройства (бред, галлюцинации). Эти препараты обладают нейротропным эффектом - воздействием на нервную систему.

Психотропные препараты даются с корректоротерапией.

В 1959 г. Деникер предложил классификацию психотропных препаратов в зависимости от спектра действия, выделив три их группы (табл. 2).

Таблица 2

Группы психотропных препаратов

Психолептики	Психоаналептики	Психодизлептики
Успокаивающие Тормозящие Адативные	Возбуждающие Активируют тонус	Вызывают расстройства по аналогии с психическими заболеваниями (не применяются в лечебной практике)
Нейролептики (снижают бред, галлюцинации, возбуждение, агрессивность) - галоперидол, хлорпротиксен	Психостимуляторы (повышают психическую активность) - кофеин, амфитомин - сильный стимулятор	
Транквилизаторы (неврозы, эмоции, депрессии, тревожность) - тазепам, элениум	Антидепрессанты (повышают тонус, в первую очередь эмоции) - амитриптилин, коаксил	
Седативные препараты (тормозят психические процессы - гипнотики) - настойки валерианы, пустырника, персен.	Нормотимики - соли лития действуют при аффективных приступах	
Противосудорожные препараты (вызывают угнетающий эффект на психику при депрессивных расстройствах) - фенобарбитал, финлепсин	Ноотропные препараты: -ноотропил (пирацетам), -пантогам, -аминалон (аминомасляная кислота)	

Фармакологические препараты:

По мощности действия данные препараты подразделяются на: большие нейролептики (антипсихотики) и малые нейролептики. Они назначаются при наличии психотических расстройств (очень мощные). При назначении двух и более препаратов терапия называется полинейролепсией, например для лечения острых психических заболеваний (шизофрения).

Используются также при лечении пограничных психических расстройств, действуют на аффективные и поведенческие расстройства,

тревоги, страхи. Для лечения расстройств вследствие стресса, ПТСР, психопатии показан, например, сонапакс.

Антипсихотическое действие лекарств бывает общем и избирательным.

Данные препараты влияют на тяжелые психические расстройства. Например, галоперидол, оказывает общее воздействие, т.е. на все психические функции.

Избирательное действие имеют транквилизаторы (реланиум, феназепам), которые воздействуют на отдельные компоненты болезни.

Самый мощный из антидепрессантов - амитриптилин - не действует на проявление психоза, он также обладает избирательным антипсихотическим действием.

Психостимуляторы не обладают антипсихотическим действием (сиднокап, амфетамин).

Ноотропы улучшают и стимулируют работу головного мозга (кофеин, циннаризин).

Нейролептики показаны для лечения шизофрении. Существуют следующие типы шизофрении:

- бредовая;
- галлюцинаторная;
- катотоническая;
- неврозоподобная;
- ипохондрическая;

Шизофрения делится по возрасту:

- на детскую (от 2 до 5 лет; искажает психическое развитие);
- позднюю (после 50 лет).

Формами шизофрении являются:

- непрерывно прогредиентная (вялотекущая);
- злокачесивено-юношеская (быстротекущая);
- приступообразная прогредиентная;

- рекуррентная или приступообразная (после приступа дефекты психики не появляются, начинаются с острого психоза, повторяются регулярно, сезонно).

Нейролептики впервые были применены в хирургии как анестезия, так как они блокируют эмоциональную сферу человека.

В 1952 г. Делей Деникер вылечил острый психоз аминазином.

Спектр действия нейролептиков различен: седативное действие, избирательное влияние, воздействие на течение острых, хронических и экспериментальных психозов. Их применение вызывает психомоторные и неврологические нарушения (нейролепсия), подкорковые изменения - скованность.

Нейролептики бывают седативного действия, стимулирующего действия, сбалансированного действия (при неярко выраженной болезни).

В последнее время синтезировано второе поколение нейролептиков, которые называются атипичные нейролептики.

Классические нейролептики обладают глубоким действием, могут прервать течение болезни, но имеют побочные эффекты после приема в больших количествах.

Атипичные нейролептики не дают побочных эффектов, применяются при поддерживающей терапии, не действуют на тяжелые симптомы болезни.

К седативным нейролептикам относятся:

1.Аминазин. Вызывает тормозящий эффект, избирательные действия (узко направлено). При этом затормаживаются движения, речь, блокируются эмоции. Действует на любые состояния возбуждения: тревожную депрессию, декомпенсацию у больных психопатии и т.д.

При всех противоположных состояниях аминазин вызывает ухудшения.

2. Тизерцин - мощный седативный препарат, имеет мало побочных эффектов и быстро вызывает торможение, обладает снотворным эффектом. Рекомендуется ослабленным соматическим больным, детям, подросткам,

старикам. Не действует на состояние ступора и не лечит депрессивные расстройства.

3. Терален - еще более мягкий седаптик. Вызывает антидепрессивный эффект (мягкий, стимулирующий). Используется при ипохондрии, тревоге, депрессии, не дает побочного эффекта. Больные становятся менее тревожными, нормализуется их настроение.

4. Сонапакс. Дает мягкий седативный эффект в сочетании с легким стимулирующим компонентом. Оказывает воздействие на расстройства пограничного спектра: тревожность, ипохондрию, состояния навязчивости. Вызывает мягкий антидепрессивный эффект.

5. Неулептил - поведенческий нероолептик, снимает раздражение, сглаживает злобность, конфликтность, оказывает очень сильное седативное воздействие. Побочный эффект: действует на мозг и дает осложнение.

Стимулирующие нейролептики. Действуют на состояния заторможенности; улучшают психический тонус в малых дозировках, а в больших - действуют как антипсихотики; влияют на продуктивную психопатологическую симптоматику (галлюцинации, бред, нарушения сознания, синдром психического автоматизма, человек чувствует, что на него кто-то воздействует).

После приема антидепрессантов появляются сниженное настроение; двигательная заторможенность, сопровождающаяся эмоциональной заторможенностью вплоть до ступора; идеаторная (мыслительная) заторможенность.

В тяжелых случаях – субъективное ощущение полного отсутствия мыслей, интеллектуальная непродуктивность.

Атипичные депрессии у больного наблюдаются в виде 1 или 2 компонентов классической депрессивной триады: сниженного настроения; сниженной моторики; непродуктивности интеллекта. В этом случае применяют мягкие депрессанты. Как правило, атипичная депрессия протекает в рамках шизофрении, возникает при возрастных вариантах (у

детей, подростков, стариков). Может встречаться в сочетании с каким - нибудь психическим заболеванием. У детей и подростков проявляется либо на афферентном уровне, либо интеллектуальном. У пожилых людей приобретает вид искаженных отношений (брюзжащая депрессия).

У депрессивных людей часто возникают соматические феномены, которые называются сенестопатией – нарушением внутреннего чувства. Сенестоалгия – ощущение боли. Сенестопатии могут быть резкими, колющими в голове, сердце, пульсирующие, локализуются в любую область внутренних органов – соматоформные. Расстройства маскируются под соматические заболевания.

К депрессиям относятся: реактивные расстройства, которые имеют психологическую причину, неадаптивная реакция человека на психотравму; эндогенные расстройства, причина которых лежит внутри организма человека, очевидной причины не существует.

Личностные депрессии.

Депрессивные расстройства могут соответствовать определенным личностным качествам: эмоциональной восприимчивости, обидчивости и т.п. У людей, обладающих этими качествами, нарушение эмоций может носить монотонный характер и длиться годами, может иметь суточный ритм.

Соматические расстройства.

У депрессивных больных нарушается аппетит вплоть до полного его отсутствия, или он искажается. В других случаях, наоборот, может возникнуть булимия, нарушения сна, в тяжелых случаях - инверсия сна (искажение суточного сна).

Вариантами депрессивного синдрома являются:

1) адинамическая депрессия – волевые расстройства, слабость, бессилие, отсутствие желаний, безразличие к близким;

2) апатическая депрессия - более глубокая (ступорозная);

3) ажитированная депрессия - двигательное возбуждение с чувством тревоги, страха, переживание вины, возникновение суицидальных желаний.

4) анестетическая депрессия - блокада эмоциональной сферы, бесчувствие;

5) депрессия с бредом самообвинения. Больные считают себя виновными, преступниками, требуют, чтобы их судили;

6) дисфорическая депрессия - раздражительность, агрессивность, глубокое недовольство всем;

7) ипохондрическая депрессия.

Антидепрессанты - тимоаналептики (от лат. timo - эмоции) - стимулируют, активируют эмоциональную сферу. Синтезированы случайно, например, имипрамин (применялся для лечения туберкулеза).

Существует две группы антидепрессантов:

1-я группа (1-е поколение):

- трициклические (амитриптилин, имипрамин);
- ингибиторы МАО - токсичные.

Воздействуют при лечении тяжелых эндогенных депрессий, тяжелых психических заболеваний (психопатического уровня) и при нозологических расстройствах. Имеют много побочных эффектов, токсичны при передозировке.

2-я группа (2-е поколение).

Действие лекарств данной группы основывается на гипотезе о том, что депрессии вызваны нарушением синтеза нейромедиаторов (норадреналин, серотонин, дофамин). Действие избирательное, используется при мягких депрессиях, психотических расстройствах: вялость, апатия, психическая анестезия, безчувствие. Небольшое количество побочных эффектов.

Существует условная классификация антидепрессантов данной группы:

- антидепрессанты стимулирующие (имипрамин);
- антидепрессанты сбалансированного действия (пиразидол);
- антидепрессанты седативного действия (амитриптилин).

Амитриптилин обладает тормозным эффектом. Используется в случае монотонной депрессии более глубоко уровня в отличие от циклической. Воздействует на состояния тревожности и ажиотации. На психомоторную заторможенность либо не действует, либо увеличивает. Используются для лечения сложных психопатологических расстройств: шизофрения + депрессия или депрессивный синдром + шизофрения. Не вызывает бред и галлюцинации. Побочными эффектами у детей, пожилых и при передозировке являются сонливость, тремор, головокружение, сухость во рту, тошнота, нарушение аккомодации, аллергия. Применяют данный препарат длительно, без перерыва в течение 6 месяцев.

Пиразидол обладает стимулирующим и седативным эффектом. Применяется при лечении циркулярных эндогенных депрессий. На состояние тревоги действует как седатик, на заторможенность - как стимулятор.

Азафен – препарат сбалансированного действия, успокаивает тревогу, вялость и апатию стимулирует, слабый, приближается к транквилизаторам. Лекарство невротического спектра, показано астенических расстройствах, раздражительности, аффективной лабильности и несдержанности. Действует на состояния апатии, адинамии и заторможенности.

Имипрамин - сильный антидепрессант, такой же, как и амитриптилин, но оказывает стимулирующее действие. Действует на заторможенность, вялость, апатию в структуре эндогенной депрессии. Не действует на тревогу, усиление бреда, галлюцинации. Лечение эффективно при классической депрессии в структуре маниакально-депрессивного психоза. Много побочных эффектов.

Ингибиторы МАО лечат затяжные эндогенные депрессии, неглубокие депрессии, невротические депрессии, состояния вялости. Высокая токсичность, необходимо соблюдение диеты. В настоящее время почти не применяются.

2-е поколение антидепрессантов (психодизлептики, галлюциногены, психомиметики) не используется в детской психиатрии.

Литература

1. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М. : Зевс; Ростов н/Д : Феникс, 1997.

2. *Караяни А.Г., Сыромятников И.В.* Прикладная военная психология. СПб.:Питер, 2006. С. 277-331.

3. *Козлов В.В.* Работа с кризисной личностью : методическое пособие. М. : Изд-во Института терапии, 2003.

4. *Лебедев В.И.* Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах : учебник М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. С. 190-335.

5. *Столяренко А.М.* Экстремальная психопедагогика : учебное пособие для вузов. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2002. С.546-589.

Глава 12
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ КРИЗИСЕ

12.1. Сущность и содержание профессионального кризиса

Профессиональный кризис - явление в профессиональной деятельности, приводящее к деструкциям, деформации структуры личности. Профессиональная деструкция - это разрушение, изменение или деформация сложнейшей структуры личности в пространстве профессионального труда. Профессиональный кризис имеет свои проявления: осознание своей неполноценности на бытовом и профессиональном уровнях, резкое снижение самооценки, потеря перспектив профессионального роста, неспособность к самореализации в профессии. Кризисы часто сопровождаются нечетким осознанием недостаточного уровня своей компетентности и профессиональной беспомощности. Каждые 10-12 лет с новой остротой начинаешь задавать себе вопросы: «Кто я, чего достиг, чего хочу на самом деле, чего уже не достигну никогда?». Все это - проявления профессионально-возрастных кризисов, хорошо описанных в научной литературе.

Н.С.Пряжников предлагает характеристику основных фаз развития профессионального кризиса, учет которых позволит сформулировать основные направления профилактики профессионального кризиса. По его мнению, *предкритическая фаза* характеризуется тем, что проблемы не всегда четко осознаются, но проявляются в психологическом дискомфорте на работе, раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководителем.

Для *критической фазы* профессионального кризиса свойственно следующее: работник осознанно неудовлетворен своей деятельностью; постепенно намечаются варианты изменения ситуации, проигрываются варианты дальнейшей профессиональной жизни, усиливается психическая

напряженность; часто противоречия еще больше усиливаются, и возникает конфликт ("конфликт - ядро кризиса"). На данной фазе выделяются типы конфликтов профессионального развития: 1) мотивационный, обусловленный потерей интереса к учебе, работе, утратой перспектив профессионального развития, дезинтеграцией профессиональных ориентаций и установок; 2) когнитивно-деятельностный, детерминированный неудовлетворенностью содержанием и способами осуществления учебно-профессиональной и профессиональной деятельности; 3) поведенческий, обусловленный противоречиями в межличностных отношениях в первичном коллективе, неудовлетворенностью своим социально-профессиональным статусом, положением в группе, уровнем зарплаты.

В *посткритической фазе* способы разрешения кризиса могут иметь разный характер: конструктивный, профессионально-нейтральный, деструктивный.

Так как профессиональное становление охватывает длительный период онтогенеза человека (оптация, профессиональная подготовка, профадаптация, первичная и вторичная профессионализация и профессиональное мастерство, а также предоптация и этап прекращения профессиональной деятельности (выход на пенсию)[58], то при таком временном подходе оно практически полностью совпадает с онтогенезом человека, если рассматривать онтогенез как жизнь индивида со дня рождения до старости. Значит, есть все основания считать профессиональное становление процессом, который пронизывает всю жизнь человека и сценарии которого у каждого индивидуальны. Это тем более имеет значение в условиях социального расслоения, низкого уровня социальной защищенности, возможности безработицы и утраты профессиональной дееспособности, которые неизбежно порождают множество проблем

---

[58] *Зеер Э.Ф.* Психология профессий. 5-е изд., перераб. и доп. М. : Академический проект, 2008. С. 42-74.

профессионального становления, что требует психологического сопровождения, предполагающего движение вместе с изменяющейся личностью, рядом с ней, своевременное указание ей возможных путей, при необходимости - помощи и поддержки.

12.2. Характеристика оказания психологической помощи при профессиональном кризисе

Психологическое сопровождение и оказание психологической помощи осуществляются с учетом условий и факторов, способствующих возникновению профессионального кризиса. Так, Э.Ф. Зеер выделяет следующие основные факторы кризиса профессионального становления[59]:

1. Сверхнормативная активность как следствие неудовлетворенности своим общественным положением, статусом.

2. Социально-экономические условия жизнедеятельности человека (сокращение рабочих мест, ликвидация предприятия, переезд).

3. Возрастные психофизиологические изменения (ухудшение здоровья, снижение работоспособности, синдром "эмоционального сгорания").

4. Вступление в новую должность (а также участие в конкурсах на замещение, в аттестациях и т.д.).

5. Полная поглощенность профессиональной деятельностью, когда работник ("трудоголик") характеризуется: как специалист, одержимый работой - средством достижения успеха и признания; специалист, который иногда серьезно нарушает профессиональную этику, становится конфликтным; специалист, который нередко проявляет жестокость во взаимоотношениях.

6. Изменения в жизнедеятельности (смена места жительства, перерыв в работе, "служебный роман").

---

[59] *Зеер Э.Ф.* Психология профессий. С.133-137.

В целях профилактики возникновения профессионального кризиса и стагнации профессионального развития клиентов Н.А Голиков применительно к педагогу разработал и опробовал на ряде опытно-экспериментальных площадок следующую систему мер[60]:

А. Комплексную диагностику персонала, выявление факторов риска возникновения стагнации профессионального развития методами наблюдения, экспертной оценки, анализа продуктов деятельности, анкетирования, интервьюирования, тестирования и т.д. (исполнитель - психолог).

Б. Устранение или минимизацию проявлений выявленных факторов риска (исполнитель - администрация, психолог, в случае необходимости - медицинские специалисты).

В. Оказание помощи пострадавшему в разработке его профессионального маршрута, под которым понимается процесс реализации субъектом профессиональных функций согласно его уровню квалификации, профессиональных знаний, умений и навыков, персональным психофизиологическим особенностям в реальном времени и перспективе развития (исполнитель - психолог, члены администрации).

Г. Обеспечение условий для максимальной реализации персонального профессионального маршрута (исполнитель - администрация, психолог).

Д. Осуществление постоянного патронажа профессионального развития педагогов, в случае выявления дисфункций - оказание своевременной психолого-педагогической помощи, поддержки и коррекции (исполнитель - администрация, психолог).

---

[60] *Голиков Н.А.* Психологические аспекты профессиональной стагнации профессионального развития педагога. Тюмень : ТюмГУ, 2005, С.85; *Он же*. Социально-психологическое сопровождение деятельности педагога: условия, способы, технологии реализации // Вестник ТюмГУ. 2004. № 2. С. 210-219.

Е. Создание ситуаций успеха в профессиональной деятельности, формирование позитивного имиджа пострадавшего (исполнитель - администрация, психолог).

Ж. Стимулирование повышения квалификации и профессионального мастерства для реализации выявления персонально значимых стимулов: материальное, моральное поощрение и т.п. (исполнитель - администрация, психолог).

З. Включение педагога в процесс самопреобразования (исполнитель - психолог).

Е. Повышение социально-психологической компетентности и психологической культуры клиентов, включая её психогигиенический компонент (исполнитель - психолог).

Профессиональный путь очень длинный. Начинается он в детстве и заканчивается в пожилом возрасте. Кто же помогает человеку пройти этот путь? В психологическом сопровождении профессионального становления участвуют многие: родители, учителя, коллеги, руководители, социальные работники. Но в условиях профессионального кризиса компетентную и продуктивную психологическую помощь может осуществлять специально подготовленный человек - психолог-профконсультант.

Оказывая клиенту помощь и поддержку в уточнении и корректировке траектории профессионального развития, психолог не навязывает ему свое мнение, а помогает наметить ориентиры. Выбор своего пути, форм и методов становления - право и обязанность клиента. Именно о такой форме психологической помощи идет речь. Ее можно трактовать как помощь субъекту в формировании ориентационного поля развития, ответственность за действия в котором несет он сам. В психологической помощи нуждаются прежде всего те клиенты, которые испытывают потребность в психологической поддержке. Важнейшим положением в оказании помощи выступает приоритет опоры на внутренний потенциал клиента, следовательно, на его право самостоятельно совершать выбор и нести за него

ответственность. Однако декларация этого права еще не является его гарантией. Для осуществления права свободного выбора различных альтернатив выхода из профессионального кризиса главным является научение человека выбирать, помочь ему разобраться в сути проблемной ситуации, выработать план действий и сделать первые шаги.

Основными концептуальными положениями оказания психологической помощи в преодолении профессионального кризиса Н.С. Пряжников и Ф.Э. Зеер считают следующие: наличие социально-экономических условий для того, чтобы личность могла реализовать себя в профессиональной жизни; необходимость для полноценного профессионального становления социально-психологического обеспечения, помощи и поддержки со стороны общества; признание права личности на самостоятельный выбор способов реализации своих социально-профессиональных функций; принятие личностью всей ответственности на себя за качество профессионального становления и реализации своего профессионально-психологического потенциала; гармонизация внутреннего психического развития личности и внешних условий социально-профессиональной жизни.

При оказании психологической помощи могут решаться различные задачи: информационно-аналитическое сопровождение отдельных этапов профессионального становления (выбор профессии, начальный этап профадаптации, профессионализации и т.д.); проектирование и самопроектирование сценариев отдельных этапов профессионального кризиса с учетом внешних и внутренних условий; психологически компетентное оказание поддержки и помощи личности в преодолении трудностей профессионального становления, особенно при изменении социально-профессиональной среды; профессиональная реабилитация личности в случаях длительного перерыва в профессиональной деятельности - женщин после рождения ребенка, безработных, людей, вышедших из мест заключения, и др.; обеспечение социально-профессионального самосохранения; профилактика развития профессиональных деформаций,

оказание помощи в преодолении кризисов и стагнации; коррекция социально-профессионального и психологического профиля личности.

Основными направлениями (формами, методами) оказания психологической помощи клиентам являются: изучение условий и факторов, влияющих на продуктивность труда и эмоционально-психологическое состояние персонала; эффективное воспроизводство и сохранение профессионально подготовленного персонала предприятий и организаций; проектирование профессиограмм, отражающих динамику профессионального становления личности и альтернативные варианты профессионального развития; формирование операциональной структуры будущей деятельности, а также целенаправленная подготовка к устойчивой и безопасной реализации профессиональной карьеры (включая профессиональную миграцию, социальную адаптацию, реориентацию, профессиональное самосохранение и комфортную жизнь после завершения карьеры); формирование и развитие акмеологической культуры персонала, его потребности в самореализации и способности к оптимальной деятельности, профессиональной и индивидуальной компетенции, коммуникации; обеспечение психологической безопасности персонала, комфортных условий его деятельности, а также восстановление профессионально-психологического ресурса специалистов; психологическое содействие в решении проблем профессионального становления личности на всех его стадиях[61].

Решение указанных направлений возможно при использовании личностно ориентированных технологий профессионального развития: развивающей диагностики; тренингов личностного и профессионального развития и саморазвития; мониторинга социально-профессионального развития; технологий формирования психологической аутокомпетентности; психологического консультирования по проблемам социально-

---

[61] *Зеер Э.Ф.* Психология профессий. С.126.

профессионального развития; проектирования альтернативных сценариев профессиональной жизни; личностно ориентированных тренингов повышения социально-профессиональной и психолого-педагогической компетентности; ретроспекции профессиональной жизни (метода психобиографии); тренингов самоуправления, саморегуляции эмоционально-волевой сферы и самовосстановления личности.

Другими словами, оказание психологической помощи при профессиональном кризисе представляет собой технологию, основанную на единстве четырех функций: диагностики существа возникшей проблемы, информации о проблеме и путях ее решения, консультации на этапе принятия решения и выработки плана решения проблемы, первичной помощи на этапе реализации плана решения.

В условиях **кризиса выбора профессионального пути** (оптации) у клиента необходимо выяснить, каким профессиям он отдает предпочение, продуманы ли пути овладения ими (в учебных заведениях или на предприятиях и т.д.), существуют ли резервные профессиональные планы, имеет ли клиент представление о содержании труда, привлекательных сторонах профессии, режиме и условиях работы и т.д. На основе полученной информации психологом выявляются интересы и склонности к определенным видам деятельности, профессиям.

Для диагностики способностей (в частности, специальных, обеспечивающих успешное овладение конкретными видами деятельности) применяются разнообразные методы: наблюдение, естественный и лабораторный эксперимент, анализ продуктов деятельности, тесты. Для диагностики артистических, музыкальных, художественных способностей требуется участие специалистов-экспертов. Одним из признаков способностей школьников является высокая результативность в каком-либо виде деятельности: гуманитарные способности (успехи в таких предметах, как история, литература), естественно-научные (биология, география) и физико-математические (математика, черчение, физика).

Е.М.Борисова, анализируя проблемы оказания психологической помощи на начальной стадии выбора профессии, выделяет следующие ситуации:

1. Клиент обращается за подтверждением правильности выбора профессии. В данном случае важно проверить устойчивость профессиональных намерений. Для этого рекомендуется провести беседу о профессиональном плане, обратив особое внимание на соответствие интересов содержанию профессии, наличие резервного профессионального плана, степень продуманности путей приобретения профессии, адекватность оценки своих возможностей в овладении избранной деятельностью и т.д. Диагностические приемы следует использовать лишь в тех случаях, когда профессия, предпочитаемая клиентом, предъявляет жесткие требования к психофизиологическим особенностям. Результаты диагностики следует подробно обсудить с клиентом, чтобы выявить, какой рабочий пост в наибольшей степени соответствует его индивидуальности и интересам. Возможны случаи, когда выявленные типологические особенности могут стать серьезным препятствием для овладения профессией. Тогда психолог должен посвятить в эту проблему клиента и постараться найти наиболее подходящие для него области деятельности в русле избранной.

2. Клиент обращается за помощью к психологу, поскольку не обнаруживает выраженных интересов и способностей, которые могли бы помочь в ходе профессионального самоопределения. Такие ситуации являются наиболее сложными для психолога, требуют длительного времени (5 - 6 встреч) для того, чтобы добиться активизации процесса профессионального самоопределения клиента. Самое главное — пробудить у клиента интерес к проблеме своего будущего, что можно сделать с помощью разных приемов. В частности, интерес зарождается после обстоятельного диагностического обследования, позволяющего обсудить со школьником его тестовый профиль, психофизиологические особенности, черты личности. Как известно, старшие подростки и юноши очень чувствительны к оценке себя, поэтому следует создать обстановку

предельной доброжелательности, подчеркивая положительные качества клиента. Принципы гуманистической профконсультации здесь особенно важны, поскольку только полное принятие клиента создает для него ситуацию комфортности, формирует доверие к консультанту. Сверхзадачей этого вида психологической помощи является пробуждение у консультируемого интереса к себе, своим возможностям, активизация процесса самопознания.

3. Обращение к психологу вызвано трудностями выбора профессии, которые обусловлены многообразием интересов и способностей старшеклассника. Эта ситуация характерна для семей, где родители много внимания уделяют развитию личности и способностей ребенка, иногда упуская из виду ту линию развития, которая может иметь выход на профессию.

4. У клиента наблюдается расхождение между интересами и способностями. Такие случаи требуют особой тактики психологической помощи. Позиция специалистов-психологов в этом случае однозначна: при выборе профессии следует в наибольшей степени следовать за интересами клиента, поскольку его способности могут быть развиты с помощью специального обучения, коррекционных мероприятий. Исключение - прямые ограничения психофизиологического характера.

5. Обращение к психологу вызвано расхождением мнения учащегося и его родителей относительно профессионального выбора. Проблема очень сложная, требующая тактичной работы со всей семьей. Здесь важно последовательно отстаивать интересы именно клиента, исходя из его реальных возможностей и склонностей, тактично помогая родителям лучше понять своего ребенка.

В целом при выборе профессии необходимо учитывать следующие обстоятельства: потребности экономического региона в кадрах той или иной профессии и квалификации; требования, которые предъявляет профессия к состоянию здоровья, психофизиологическим свойствам и психологическим

качествам человека; профессионально-образовательные возможности клиента (уровень образования, допрофессиональная и профессиональная подготовка, квалификация); перспективы профессионального роста, карьеры, повышения квалификации; особенности выбираемой профессии (условия труда и оплаты); противопоказания и ограничения по возрасту и полу.

Основными психотехнологиями на начальной стадии выбора профессии могут являться: беседа, интервью, сочинение, психобиография; анализ семейных отношений, материального обеспечения, жилищных условий и т.п.; диагностика ценностных ориентаций, установок, самооценки интересов, склонностей, способностей; диагностические и профориентационные игры, тренинги профессионального самоопределения; психолого-педагогический консилиум, методики самопознания и самоанализа, профессиональная рефлексия и др.; метод критических событий, психобиография, тестирование и др.; составление планов профессионального развития, альтернативных сценариев профессионального становления, проспектированное профессиографирование и др.

Применительно к конкретным кризисам дальнейшего профессионального становления, которые могут проявляться в процессе онтогенеза человека, и исходя из опыта, изложенного Ф.Э Зеером и Н.С.Пряжниковым, предлагаются несколько модифицированная последовательность оказания психологической помощи клиентам в условиях профессионального кризиса и короткие рекомендации.

Кризис профессионального обучения и экспектаций связан с возникающими проблемами в профессиональном образовании, где все больше и больше утверждается новая, личностно ориентированная парадигма. Системообразующим фактором личностно ориентированного профессионального образования становится профессиональное развитие обучаемых в процессе организации взаимодействия всех субъектов обучения с учетом их предшествующего опыта, личностных особенностей, специфики учебного материала и конкретной учебно-пространственной среды.

Центральным звеном личностно ориентированного профессионального образования является развитие личности в процессе профессионального обучения, освоения профессии и выполнения профессиональной деятельности. Данное обстоятельство требует определенного учета особенностей профессионализации на каждом из этапов профессионального образования: на начальных этапах источником профессионального роста выступает уровень личностного развития; на последующих стадиях профессионального становления соотношение личностного и профессионального развития приобретает характер динамической неравновесной целостности; на стадии профессионализации профессиональное развитие личности начинает доминировать над личностным и определять его. Важное значение в реализации личностно ориентированного профессионального образования имеет социально-профессиональная направленность, интегральной составляющей которой является профессиональное самосознание. В процессе его становления происходит психологическая перестройка личности от профессионального самоопределения к самореализации в учебно-профессиональной деятельности. В основе консультативной помощи лежит смена мотивов учебной деятельности. Во-первых, это ориентация на предстоящую практику. Во-вторых, усвоение большого объема знаний в вузе намного легче тогда, когда у студента имеется какая-то идея, интересная для него проблема, цель. Вокруг таких идей и целей знания как бы «кристаллизуются», но без идеи знания быстро превращаются в «кучу» знаний, что вряд ли способствует развитию учебно-профессиональной мотивации

Реализация психологической помощи на данном этапе требует комплексного подхода и наличия целостной программы, разработка которой основывается на следующих принципах: учитывается потребность личности в самоорганизации, самоопределении и саморазвитии; признается приоритет индивидуальности, самоценности обучаемого, который изначально является

субъектом сопровождения; психотехнологии сопровождения соотносятся с закономерностями профессионального становления личности.

К технологиям оказания психологической помощи в период кризиса профобучения относятся: диагностика готовности к учебно-познавательной деятельности, мотивов учения, ценностных ориентаций, социально-психологических установок; помощь в развитии учебных умений и регуляции своей жизнедеятельности; психологическая поддержка первокурсников в преодолении трудностей самостоятельной жизни и установлении комфортных взаимоотношений с однокурсниками и педагогами; консультирование первокурсников, разочаровавшихся в выбранной специальности; коррекция профессионального самоопределения при компромиссном выборе профессии.

Важно оказать помощь в выборе профессионального учебного заведения или способа профессиональной переподготовки, в профессиональном и личностном самоопределении. При обучении усилия в оказании психологической помощи направить на перестройку ведущей деятельности (испытание студента «свободой» по сравнению со школьными ограничениями). В современных условиях это время часто используется на зарабатывание денег, что фактически позволяет говорить о ведущей деятельности для многих студентов не как об учебно-профессиональной, а как о собственно профессиональной (точнее, о деятельности «подрабатывающей»). По возможности нужно оказать содействие в изменении социально-экономических условий жизни.

Заметим, что у курсанта (студента) денег «объективно» больше, чем у старшеклассника. Но «субъективно» их постоянно не хватает, т.к. резко возрастают потребности и более отчетливым (менее «маскируемым», как раньше) становится социально-имущественный разрыв между сокурсниками. Это еще больше заставляет многих не столько учиться, сколько «подрабатывать».

Одним из направлений оказания психологической помощи является коррекция выбора профессии, специальности, факультета. По этой причине все-таки лучше, если у (курсанта) студента в течение первых 2-3 лет обучения имеется возможность лучше сориентироваться и уже после выбрать специализацию или кафедру. Нередко (курсант) студент стремится быть поближе к опытным и известным преподавателям, забывая о том, что далеко не все из них имеют достаточно времени и сил, чтобы осуществлять руководство каждым своим дипломником. Иногда лучше бывает прикрепиться к менее известному специалисту, который для самоутверждения наверняка будет уделять внимание своим ученикам.

На этапе интенсификации в научно-познавательной деятельности происходит развитие общих и специальных способностей обучаемых, интеллекта, эмоционально-волевой регуляции, ответственности за свое становление, самостоятельности, а на завершающем этапе профессионального образования — этапе идентификации — важное значение приобретает формирование профессиональной идентичности, готовности к будущей практической деятельности по получаемой специальности. Появляются новые, становящиеся все более актуальными ценности, связанные с материальным и семейным положением, трудоустройством. В связи с образованием семейных пар, намечающимися перспективами будущей жизни уменьшается число межличностных контактов. Происходит постепенная дезинтеграция студенческих коллективов.

Психологическая помощь на данном этапе состоит в финишной диагностике профессиональных способностей, помощи в нахождении профессионального поля для реализации себя, смысла будущей жизнедеятельности, консультировании по вопросам интимных и семейных отношений, а в конечном итоге - в помощи выпускникам профессионально самоопределиться и найти место работы. Продуктивная психологическая помощь возможна при условии создания психологической службы в профессиональном учебном заведении, осуществления мониторинга

профессионального развития, что должно стать составной частью личностно ориентированного социально-профессионального воспитания.

Кризис в профессиональных ожиданиях с началом самостоятельной работы проявляется в несовпадении этих ожиданий и реальной действительности, неудачном опыте адаптации к социально-профессиональной ситуации (первые месяцы, а порой и годы). В подобных случаях наблюдаются трудности в освоении профессии (особенно в плане взаимоотношений с разновозрастными коллегами - новыми «приятелями»), в неудачном формировании профессиональных намерений и их реализации, несформированности «Я-концепции». Отмечаются проблемы с коррекцией представлений о себе (особенно при неясности со смыслом жизни, противоречиях между совестью и стремлением «красиво пожить» и т.п.), с неудовлетворенностью профессиональным образованием и профессиональной подготовкой.

При освоении новой ведущей деятельности (профессиональной) проблемы не всегда четко осознаются, что проявляется в психологическом дискомфорте на работе, раздражительности, недовольстве организацией, оплатой труда, руководством. Возникают трудности в отношении с коллегами разного возраста и разного опыта, в самом овладении профессией и сомнения в целесообразности ее выбора, несовпадение юношеских ожиданий и реальности. Весьма значимы случайные судьбоносные моменты жизни.

В ходе оказания психологической помощи в таких ситуациях центральное место занимает активизация до уровня «верхней планки» профессиональных усилий, пересмотр истинных мотивов своего труда и смысла работы в данной организации. Рекомендуется в первые месяцы работы проверить себя и поскорее обозначить «верхний предел» своих возможностей. Быстрое увольнение не самый лучший выход. Нередко работники кадровых служб тех организаций, куда потом устраивается уволившийся молодой специалист, воспринимают его как не сумевшего

справиться с первыми трудностями. Целесообразно осуществить корректировку мотивов труда и «Я-концепции». Основой такой корректировки является поиск смысла труда и смысла работы в данной организации.

Кризис профессиональной адаптации и роста (23-25 лет) проявляется в необходимости взаимного приспособления специалиста и коллектива предприятия: в виде первичного - приспособления молодых специалистов, не имеющих опыта профессиональной деятельности (например, выпускники вузов), в результате чего работник осваивается на предприятии, а именно: учится жить в относительно новых для него социально-профессиональных и организационно-экономических условиях; находит свое место в структуре предприятия как специалист, способный решать задачи определенного класса; осваивает профессиональную культуру; включается в систему сложившихся до его прихода межличностных связей и отношений; в виде вторичного - приспособления специалистов, имеющих опыт профессиональной деятельности (например, в ситуации вынужденной смены работы), с дальнейшей активизацией потребности дальнейшего повышения квалификации, неудовлетворенности занимаемой должностью.

Кроме того, индикаторами кризиса подобного рода являются обострение финансовых трудностей по мере создания семьи, наличие признаков зависти к сверстникам и сокурсникам. Как известно, зависть в наибольшей степени проявляется по отношению к близким, особенно по отношению к тем, с кем совсем недавно учился, гулял и развлекался. Может быть, именно по этой причине бывшие сокурсники долгое время не встречаются, хотя примерно через 10-15 лет чувство обиды за успехи своих приятелей проходит и даже сменяется на гордость за них.

Причинами подобных затруднений, как правило, выступают: недостаток или несвоевременность получения необходимой информации, позволяющей сориентироваться в новой ситуации и найти правильное решение; отсутствие достигнутого профессионального опыта и квалификации; необходимость

решать одновременно несколько очень важных задач: изучать ситуацию, принимать решения, выполнять свои новые обязанности, устанавливать полезные контакты, осваивать новые элементы деятельности, особенно тщательно строить свое поведение; иметь недостаточное представление о нормах профессионального поведения и неумение презентовать себя как специалиста; необходимость формировать определенное позитивное мнение окружающих о себе, постоянно пребывать в зоне оценивания, иногда необходимость изменить неблагоприятное мнение других о себе.

Привыкание к новым для организма физическим и психофизиологическим нагрузкам, режиму, темпу и ритму труда, санитарно-гигиеническим факторам производственной среды, особенностям организации режима питания и отдыха вызывают у работника психическое напряжение, которое приобретает характер стресса.

Психологическая помощь в данной ситуации состоит в снятии состояния тревоги, формировании позитивной установки на преодоление трудностей, развитии чувства востребованности и социальной защищенности, актуализации резервных возможностей специалиста, а также формировании установки и ориентации на карьеру. Молодой специалист всем своим видом должен показывать, что стремится быть лучше, чем он есть на самом деле. Поначалу это вызывает усмешки окружающих, но потом к этому привыкают. И когда появляется привлекательная вакансия или должность, то могут вспомнить и о молодом специалисте. Нередко для карьеры важны не столько профессионализм и протекция, сколько способность противостоять насмешкам и общественному мнению.

Оказывая психологическую помощь, целесообразно осуществлять диагностику профессионально значимых психофизиологических свойств. Существенным является повышение квалификации, включая и самообразование за свой счет, детальная «прорисовка» собственной карьеры, поиск хобби, нахождение радости в семье и быте (приветствуется не всеми авторами). Уход в хобби, семью, быт часто является своеобразной

компенсацией неудач в основной работе. С точки зрения Э.Ф.Зеера, это не самый лучший способ преодоления кризиса в этом возрасте. Заметим, что особенно в сложном положении часто оказываются молодые женщины, вышедшие замуж за «хорошо зарабатывающих» мужей, которые считают, что жена должна сидеть дома и заниматься хозяйством.

Смена места работы и рода занятий, вида деятельности на данном этапе допустимы, т.к. молодой работник уже доказал себе и окружающим, что способен преодолевать первые трудности адаптации. Более того, в данном возрасте вообще лучше попробовать себя в разных местах, поскольку профессиональное самоопределение фактически продолжается, только уже в рамках выбранной сферы деятельности. Целесообразным является повышение квалификации, включая самообразование и образование за свой счет (если организация «экономит» на дальнейшем образовании молодого специалиста), так как реально и формально успех в карьере во многом зависит от такого дополнительного образования.

Кризис профессиональной карьеры (30-33 года) проявляется в неудовлетворенности профессиональным положением, возможностями занимаемой должности и карьеры, в ощущении прекращения собственного развития, переосмыслении себя самого и своего места в жизни, внезапном обнаружении новых мотивов и смыслов в привычном труде. Переход на новую должность или работу не только допустимы, но и целесообразны, поэтому лучше не отказываться от заманчивых предложений.

Для данного кризиса характерны стабилизация профессиональной ситуации (для молодого человека это признание того, что развитие чуть ли не прекратилось); неудовлетворенность собой и своим профессиональным статусом; ревизия «Я-концепции», связанная с переосмыслением себя и своего места в мире; новая доминанта профессиональных ценностей, когда для части работников «вдруг» обнаруживаются новые смыслы в самом содержании и процессе труда (вместо старых, часто внешних по отношению к труду смыслов), что может привести к ложному пути в повышении своего

авторитета и статуса, связанного с доминированием внешней стороны самопрезентации. В немалой степени это следствие переориентации с ценностей, характерных для молодежи, на новые ценности, предполагающие большую меру ответственности за себя и своих близких, появляется новая доминанта профессиональных ценностей, связанная с чисто внешней стороной поведения.

Психологическая помощь при таком кризисе основывается на актуализации мотивации повышения квалификации, включая самообразование и образование за свой счет, переход на новую работу или должность, приобретение и освоение новой специальности. Смена вида деятельности на этапе кризиса профессиональной карьеры допустима, т.к. молодой работник доказал себе и окружающим, что способен преодолевать первые трудности адаптации. Более того, в данном возрасте вообще лучше попробовать себя на разных должностях. Лучше не отказываться от заманчивых предложений, ведь даже в случае неудач ничего еще не потеряно. В случае же отказов работника вообще могут считать неперспективным. Заметим, что и здесь в основе успеха в карьере лежит не столько профессионализм и усердие, сколько готовность к риску и смелость изменить свою ситуацию.

При оказании психологической помощи центральное место занимают оценка реальной компетентности специалиста, содействие в повышении квалификации, преодолении появившегося чувства профессиональной неполноценности, формировании адекватной профессиональной самооценки. Психологическое сопровождение предполагает коррекцию самооценки: обучение умению сравнивать себя лишь с самим собой, помощь в выработке надежных критериев самооценки, совместный анализ содержания и задач деятельности и сопоставление ее требований с возможностями специалиста. Целесообразно освоение новой специальности и повышение квалификации, а уход в быт, семью, досуговые занятия, социальная изоляция и т.п., появление вредных привычек, которые часто также являются своеобразной

компенсацией неудач на работе, Э.Ф.Зеер считает не самыми лучшими способами преодоления кризисов на данном этапе.

В случаях ориентации на использование особых, чисто внешних способов завоевания симпатии у руководства психологу-консультанту следует рассматривать их деликатно, в большинстве случаев как вариант компенсации профессиональной несостоятельности. Опасность таких способов заключается не только в том, что они достаточно однообразны и примитивны, но и в том, что являются своеобразным «успокоением» для несостоявшегося профессионала, когда он не стремится искать пути более творческой жизненной самореализации.

Кризис профессиональной самореализации (38-42 года). Данному этапу свойственны: неудовлетворенность возможностями реализовать себя в сложившейся профессиональной ситуации; недовольство «прочно сложившимся» профессиональным статусом и, как следствие, собой (тревога, депрессия, мнительность); понимание собственных ограниченных возможностей реализовать себя в данной роли; начало возрастных изменений здоровья с его медленным ухудшением, профдеформация (цинизм, черный юмор, эмоциональное выгорание, снобизм); коррекция «Я-концепции» также связанная часто с изменением ценностно-смысловой сферы, в итоге - недовольство собой, своим социально-профессиональным статусом, психофизиологические изменения и ухудшение состояния здоровья, профессиональные деформации, т.е. негативные последствия длительной работы.

Главная цель оказания психологической помощи на стадии профессионализации - обеспечение взаимосогласованности и взаимодействия работника и предприятия (организации) в профессиональном становлении, которое может быть достигнуто путем решения следующих задач: согласования целей развития организации и работника; предупреждения и устранения «карьерных тупиков», в которых практически не оказывается возможностей для развития работника; формирования и уточнения критериев

профессионального роста, повышения квалификации, касающихся карьеры; изучения и оценки профессионального потенциала работника; эффективного использования путей профессионального роста; систематического ознакомления работника с перспективами на краткосрочный и долгосрочный период; установления требуемого уровня профессиональной компетентности для должностного продвижения.

Данный период жизни совпадает с наибольшими потенциальными возможностями человека. Работник стремится к профессиональной самореализации и успеху, он наиболее мобилен и профессионален, способен к достижению вершин в выполняемой деятельности. Следует отметить, что к этому времени работник еще полон сил, у него накопился определенный опыт, а его отношения с коллегами и начальством нередко позволяют ему «экспериментировать» и «рисковать» без сильного ущерба для дела. Ему под силу переход на инновационный уровень выполнения деятельности (творчество, изобретательство, новаторство), сверхнормативная социально-профессиональная деятельность, переход на новую должность или работу. Если в этом возрасте работник не осмелится реализовать свои основные замыслы, то всю последующую жизнь он будет сожалеть об этом. Смена профессиональной позиции, социальная активность, сверхнормативная работа, переход на новую должность или смена места работы являются наиболее плодотворными для многих профессий.

Психологическая помощь на данном этапе направлена на то, чтобы помочь личности реализовать себя, в результате выработки индивидуального стиля деятельности обеспечить удовлетворенность трудом, лицам с отчетливо выраженным профессионально-психологическим потенциалом помочь профессионально самоактуализироваться, работникам, переживающим проблемы, оказать помощь в их преодолении. Главное - помочь работникам обрести личностный смысл профессиональной деятельности, поддержать их в трудные моменты профессиональной жизни, внести коррективы в траекторию и темп профессионального становления.

К основным формам сопровождения профессионального роста и карьеры на данном этапе относятся: диагностика профессионально-психологического потенциала работника; анализ факторов, детерминирующих профессиональное развитие (возраст, профессиональный опыт и квалификация, уровень профессионального образования и подготовки, состояние здоровья, динамичность карьеры); изучение вектора профессиональной направленности специалиста (уровень притязаний и самооценки, мотивация к достижениям, ценностные ориентации и социально-профессиональные установки); собеседование по вопросам профессионального роста и карьеры с работником и его руководителями; составление совместно с работником плана-программы карьеры, так называемой карьерограммы, направленной на развитие профессиональной компетенции.

Угасание профессиональной деятельности (55-60 лет).

В 55 - 60 лет актуальным становится не только сужение социально-профессионального поля (работнику меньше поручают заданий, связанных с новыми технологиями), но и выход на пенсию. Ожидание ухода на пенсию, новой непривычной социальной роли, сужение профессиональных возможностей, снижение социального статуса, ухудшение физического здоровья, снижение работоспособности каждый переживает по-своему. Для одних людей это означает возможность заняться интересным делом: садоводством, рыбалкой, разнообразными видами социально активного отдыха (путешествия, театр), общественно-политической практикой. Другие стараются закрепиться на работе, демонстрируя завидное здоровье, профессиональную активность и конформизм в отношениях с руководителями и коллегами. Главное для них - остаться на работе. Третьи покорно-равнодушны к выходу на пенсию. Они уже давно утратили смысл своей профессиональной жизни и выход на пенсию рассматривают как возможность отойти от всяких обязанностей, ответственности и работы.

Люди этой группы последние 15 - 20 лет находились в состоянии профессиональной стагнации, и работа была для них обременительна.

Оказание психологической помощи каждой из перечисленной группе людей будет различным. Представителям первой группы пожилых людей нужны дополнительные знания и умения в области их социально-профессиональных и семейно-бытовых интересов. Выход на пенсию ими переживается эмоционально, как прекращение одной жизни и переход к другой - интересной и разнообразной. Психологическая помощь таким людям может выражаться в том, что за год до выхода на пенсию им предлагаются разнообразные социально значимые виды организации жизнедеятельности. В отделах социальной работы с пенсионерами должны быть социально-образовательные программы и необходимая литература. Проведение занятий по этим программам осуществляют пенсионеры, хорошо знающие данные области социальной работы. Как показывает опыт, работа с этой группой пожилых людей не вызывает особых трудностей. Важно помочь им выбрать социально приемлемый вид деятельности, объединить их по интересам, организовать занятия и предоставить им необходимую информацию о способах реализации себя в разнообразных, многоплановых видах социально важной деятельности.

Более сложным представляется психологическое сопровождение работников, которые хотят продолжать профессиональную деятельность. Это, как правило, высококвалифицированные специалисты, профессионалы, и жизнь вне профессии кажется им катастрофой. Ситуация усугубляется тем, что они действительно более профессиональны, чем другие работники. Но если эти профессионалы вовремя не уйдут, то молодые и перспективные специалисты вынуждены будут либо искать возможность реализовать свои потребности в профессиональном росте на другом предприятии, либо смириться со своей профессиональной стагнацией. Значит, вынужденный уход на пенсию социально оправдан.

Психологическая помощь таким работникам может носить характер перестройки, переориентации смысла предыдущей жизни, обретения новых ценностей и социальных ориентиров в последующей жизнедеятельности. С данной группой потенциальных пенсионеров должен работать психолог пожилого возраста. Главная его цель - убедить этих профессионально успешных работников в том, что жизнь вне профессии обладает огромными возможностями для реализации и самоактуализации своего социально-психологического потенциала. И конечно, они нуждаются в личностном самоопределении, диагностике социально и культурно ориентированных интересов, повышении персональной компетентности. Высокая социально-профессиональная активность, присущая этой группе пожилых людей, является залогом их дальнейшего личностного развития, социального мужества и нахождения новых способов осуществления своей экзистенциальности.

Третья группа потенциальных пенсионеров давно уже смирилась со своим профессиональным застоем. Они социально пассивны, равнодушны, и выход на пенсию не приносит им особых переживаний, обусловленных необходимостью перераспределять жизненную энергию. Они продолжают свое существование, находя смысл в удовлетворении естественных потребностей, погружены в свое «славное» прошлое, предаваясь бесконечным стенаниям по поводу настоящей социально-экономической ситуации. Для этих пенсионеров характерна эгоистическая центрация. Они недоверчивы, подозрительны, мнительны, а нередко еще и гигиенически запущенны. И конечно, у них обусловленный возрастом букет болезней. Наличие этой группы пенсионеров отрицательно сказывается на нравственно-психологическом здоровье населения. Оказание им психологической помощи крайне усложнено ввиду их пассивности и лени. Нужна прежде всего реабилитация их «Я-концепции», помощь в обретении нового смысла жизни сквозь призму неизбежной смерти. Именно

переживание возможной смерти помогает этим людям пересмотреть свою прежнюю жизнь, найти новые способы осуществления себя.

В целом основными видами психологической помощи при угасании профдеятельности является постепенное повышение активности во внепрофессиональных областях и видах деятельности, не связанных с профессией (внуки, дача, хобби), сознательная психофизическая подготовка, поддержание эмоционально теплых связей с окружающими. Различные увлечения, разнообразный досуг или ведение хозяйства вполне могут рассматриваться как желательный способ реабилитации. Но главное здесь - социально-психологическая подготовка к новому виду жизнедеятельности, предполагающая участие в этом не только общественных организаций, но и специалистов.

Кризис психологической адекватности (65-70 лет).

Больше свободного времени, меньше финансовых возможностей, психологическое старение, утрата привычных друзей и приятелей, отсутствие тепла и внимания со стороны близких, чувство ненужности в большинстве жизненных сфер, резкое ухудшение здоровья – признание этого кризиса. Появление большого количества свободного времени пенсионеру особенно сложно пережить после активной трудовой деятельности в предшествующие периоды. Усугубляется это тем, что его быстро загружают различной домашней работой (сидение с внуками, хождение по магазинам и т.п.). Получается так, что уважаемый в недавнем прошлом специалист превращается в няньку и домработницу на фоне сужения финансовых возможностей.

Заметим, что раньше, когда пенсионеры часто еще и работали после выхода на пенсию, их финансовая ситуация даже улучшалась (довольно приличная пенсия плюс заработок), что позволяло им чувствовать себя вполне достойными людьми, уважаемыми и любимыми своими внуками и членами семьи. В настоящее время они переживают социально-психологическое старение, выражающееся в чрезмерном морализаторстве,

брюзжании и т.п.; утрату профессиональной идентификации (в своих рассказах и воспоминаниях пожилой человек все больше фантазирует, приукрашивает то, что было); общую неудовлетворенность жизнью (отсутствие тепла и внимания со стороны тех, кому недавно верил и сам помогал); чувство своей «ненужности», которое, по мнению многих геронтологов, является особенно тяжелым фактором старости. Ситуация усугубляется тем, что иногда дети и внуки (те, кого пенсионер совсем недавно любил) ждут, когда он уйдет из жизни и освободит приватизированную на их имя квартиру. Криминальный аспект данной проблемы уже привлекает внимание исследователей, однако не менее страшным представляется ее морально-нравственный аспект, который пока еще не стал предметом серьезного изучения. Все это происходит на фоне резкого ухудшения здоровья данной категории пенсионеров (часто как следствие неудовлетворенности жизнью и осознания своей «ненужности»).

Психологическая помощь клиентам предпенсионного и пенсионного возраста особо важна в настоящее время, когда пенсионеры социально не защищены, материально не обеспечены. Их психологическая поддержка не требует больших материальных средств, необходимы только гуманность и компетентность специалистов в вопросах организации социально-экономической взаимопомощи пенсионеров, вовлечения их в духовную, социально-психологическую активность, общественно-полезную деятельность, поддержания отношений с близкими, освоения ими новых видов деятельности (хобби, мемуары, домашние животные и растения).

Заметим, что многие пенсионеры готовы работать и за чисто символическую зарплату, что дает ощущение им не зря прожитой жизни. Главным богатством любого общества и любой страны являются не недра, не заводы, а людской потенциал. И если такой потенциал не используется, то это равносильно преступлению. Пожилые люди являются первыми жертвами такого преступления и наиболее остро переживают то, что их таланты и идеи мало кого волнуют.

Перечисленные мероприятия по оказанию психологической помощи при различных проявлениях профессионального кризиса можно представить в виде таблицы.

Таблица 1

Способы оказания психологической помощи при профессиональных кризисах

Симптомы и факторы, обусловившие кризис	Способы оказания психологической помощи
Кризис выбора профессионального пути (оптации)	
Потребность в профессиональном подтверждении правильности выбора профессии	Обсудить профессиональный план, обратив особое внимание на соответствие интересов содержанию профессии и наличие резервного профессионального плана, на пути приобретения профессии, адекватность оценки своих возможностей избранной деятельности и т.д.
Отсутствие выраженных интересов и способностей, которые могли бы помочь в ходе профессионального самоопределения	Опираясь на принципы гуманистической профконсультации, пробудить у клиента интерес к проблеме своего будущего посредством обстоятельного диагностического обследования тестового профиля, психофизиологических особенностей, черт личности
Трудности выбора профессии, обусловленные многообразием интересов и способностей старшеклассника, расхождением между интересами и способностями, мнениями учащегося и его родителей относительно профессионального выбора	Четко вычленить ту линию развития, которая может иметь выход на профессию, в наибольшей степени учитывать интересы клиента, исходя из ограничений психофизиологического характера, оказать помощь родителям в лучшем понимании своего ребенка
Кризис профессионального обучения и экспектаций (17-22 года)	

Неудовлетворенность профессиональным образованием и профессиональной подготовкой	Смена мотивов учебной деятельности, ориентация на удачный выбор научного руководителя, темы курсовой, диплома и т.п.
Изменение социально-экономических условий жизни и неудовлетворенность выбором профессии, специальности, факультета, испытание студента "свободой" по сравнению со школьными ограничениями	Корректировка мотивов труда, "Я-концепции" и перестройка ведущей деятельности с деятельности "подрабатывающей" на деятельность учебно-профессиональную. Лучший выход из ситуации: в течение первых 2-3 лет обучения студенту желательно правильно сориентироваться в профессии и уже после выбрать специализацию или кафедру
Трудности профессиональной адаптации (особенно в плане взаимоотношений с разновозрастными коллегами - новыми «приятелями»)	Активизация профессиональных усилий. Рекомендуется в первые месяцы работы проверить себя и поскорее обозначить «верхний предел» («верхнюю планку») своих возможностей
Неудачное формирование профессиональных намерений и ожиданий в условиях реальной действительности	Выбор профессионального учебного заведения или способа профессиональной подготовки
Несформированность «Я-концепции» и проблемы с ее коррекцией (особенно неясность со смыслом, противоречия между совестью и стремлением «красиво пожить» и т.п.)	Корректировка мотивов обучения и «Я-концепции» на основе поиска смысла в учении, систематическая помощь в профессиональном и личностном самоопределении
Кризис профессиональной адаптации и роста (23-25 лет)	
Неудовлетворенность возможностями занимаемой должности и карьерой, что	Формирование установки и ориентации на карьеру

нередко усугубляется сравнением своих «успехов» с реальными успехами недавних сокурсников	
Потребность в дальнейшем повышении квалификации	Повышение квалификации, включая самообразование и образование за свой счет (если организация «экономит» на дальнейшем образовании молодого специалиста)
Создание семьи и неизбежное ухудшение финансовых возможностей	Уход в хобби, семью, быт, что часто является своеобразной компенсацией неудач в основной работе
Кризис профессиональной карьеры (30-33 года)	
Стабилизация профессиональной ситуации (для молодого человека это признание того, что развитие чуть ли не прекратилось)	Переход на новую должность или работу (желательно не отказываться от заманчивых предложений)
Неудовлетворенность собой и своим профессиональным статусом	Освоение новой специальности и повышение квалификации
Ревизия «Я-концепции», связанная с переосмыслением себя и своего места в мире, уход в быт, семью, досуговые занятия, социальная изоляция и т.п.	Проведение работы по разъяснению клиентам нецелесообразности компенсации неудач на службе (работе) посредством изменения «Я - концепции» для преодоления кризисов на данном этапе, особенно тем из них, которые не имеют опыта практической работы и которые несут ответственность за себя и своих близких
Новая доминанта профессиональных ценностей, когда для части работников «вдруг» обнаруживаются новые смыслы в самом содержании и процессе труда (вместо старых, часто внешних по отношению к труду смыслов), что может	Рассмотрение таких ситуаций с особой деликатностью и в связи с этим убеждение клиента не только в том, что подобные «открытия» достаточно однообразны и примитивны, но и в том, что часто они являются своеобразным «успокоением» для

привести к ложному пути в повышении своего авторитета и статуса, связанного с доминированием внешней стороны самопрезентации	несостоявшегося профессионала, когда он не стремится искать пути более творческой жизненной самореализации
Кризис профессиональной самореализации (38-42 года)	
Неудовлетворенность возможностями реализовать себя в сложившейся профессиональной ситуации	Переход на инновационный уровень выполнения деятельности (творчество, изобретательство, новаторство). Следует учитывать, что работник еще полон сил, у него накопился определенный опыт, а его отношения с коллегами и начальством нередко позволяют ему «экспериментировать» и «рисковать» без ущерба для дела
Изменение ценностно-смысловой сферы, требующее коррекции «Я-концепции»	Сверхнормативная социально-профессиональная деятельность, переход на новую должность или работу. Необходимо помнить: если в этом возрасте (наиболее плодотворном для многих профессий) работник не осмелится реализовать свои основные замыслы, то всю последующую жизнь он будет сожалеть об этом
Недовольство собой, своим социально-профессиональным статусом	Смена профессиональной позиции, работа с семьей
Угасание профессиональной деятельности (55-60 лет)	
Ожидание ухода на пенсию и новой социальной роли	Постепенное повышение активности во внепрофессиональных видах деятельности (хобби, разнообразный досуг, ведение хозяйства - желательный способ)
Сужение социально-профессионального поля (работнику меньше поручают заданий, связанных с новыми технологиями)	Перестройка, переориентация смысла предыдущей жизни, обретение новых ценностей и социальных ориентиров,

	нового смысла жизнедеятельности
Психофизиологические изменения, ухудшение состояния здоровья, профессиональные деформации, т.е. негативные последствия длительной работы	Социально-психологическая подготовка к новому виду жизнедеятельности, предполагающая участие в этом не только общественных организаций, но и специалистов- медиков
Кризис социально-психологической адекватности (65-70 лет)	
Появление большого количества свободного времени, требующего освоения нового способа жизнедеятельности	Организация социально-экономической взаимопомощи пенсионеров и формирование установки на необходимость и сложность переживаний данного момента после активной трудовой деятельности в предшествующие периоды
Сужение финансовых возможностей	Вовлечение в общественно полезную деятельность, предоставление возможности работать за чисто символическую зарплату либо вообще бесплатно
Социально-психологическое старение, выражающееся в чрезмерном морализаторстве, брюзжании и т.п., общая неудовлетворенность жизнью (отсутствие тепла и внимания со стороны тех, кому недавно верил и сам помогал)	Социально-психологическая активность. Например, участие в политических акциях, борьба не только за свои ущемленные права, но и за саму идею справедливости
Чувство «ненужности», которое, по мнению многих геронтологов, является особенно тяжелым фактором старости. Утрата профессиональной идентификации (в своих рассказах и воспоминаниях старый человек все больше фантазирует, приукрашивает то, что было)	Освоение новых социально полезных видов деятельности (главное, чтобы пожилой человек смог почувствовать свою «полезность»). Следует помнить, что не все пожилые люди немощны и больны и что у них действительно немало опыта и нереализованных планов
Резкое ухудшение здоровья и как следствие - неудовлетворенность жизнью	Оказание содействия в предоставлении санаторно-курортного лечения

При оказании психологической помощи на каждом из этапов профессионального кризиса могут использоваться тренинги профессионального самосовершенствования клиентов, а также тренинги компенсации кризиса профессиональной компетентности, общие положения которых приводятся ниже.

12.3. Тренинг мотивации профессионального самосовершенствования клиентов

Цель и задачи тренинга.

Данная модель тренинга ориентирована преимущественно на оптимизацию профессиональных установок участников в сфере мотивации профессиональной деятельности.

Целью тренинга мотивации профессионального самосовершенствования клиентов является актуализация потребности в саморазвитии, осознание возможностей профессионального роста как необходимого условия повышения педагогического профессионализма.

Данный тренинг направлен на решение следующих задач, а именно:

- дестабилизация стереотипных представлений участников о себе как о профессионале;
- актуализация каждым клиентом своей профессиональной позиции и ее концептуализация;
- расширение сферы осознаваемого в понимании затруднений в своей профессиональной деятельности;
- актуализация и расширение мотивов профессионального самосовершенствования;
- укрепление личностной и профессиональной самооценки участников, осознание ими своих личностных особенностей и творческих возможностей.

Основные психодидактические принципы тренинга.

Принцип безоценочности действий и личности участников предусматривает избегание каких бы то ни было оценочных суждений ведущего об участниках и участников друг о друге.

Принцип приоритета процесса деятельности над ее формальным результатом заключается в том, что в тренинге не существует понятий «правильно - неправильно», «справился - не справился» и т. д. Здесь важно, что человек, участвуя в той или иной деятельности, выполняя то или иное задание, пережил соответствующие ощущения, прошел свой путь развития, который, собственно, и является психологическим результатом работы в тренинге.

Основные принципы групповой работы.

Принцип активности заключается в вовлечении участников тренинга в проигрывание той или иной ситуации, выполнение упражнений, наблюдение за поведением других по специальной схеме. Данный принцип опирается на известную из области экспериментальной психологии идею: человек усваивает 10 % того, что слышит, 50 % того, что видит, 70 % того, что проговаривает, и 90 % того, что делает сам.

Принцип исследовательской творческой позиции заключается в том, что в ходе тренинга участники группы осознают, обнаруживают, открывают идеи, закономерности, уже известные в психологии, а также, что особенно важно, свои личные ресурсы, возможности, особенности. В тренинговой группе создается креативная среда, основными характеристиками которой являются проблемность, неопределенность, принятие, безопасность.

Принцип осознания поведения заключается в переводе импульсивных поступков участников в поле осознаваемого с помощью механизма обратной связи, получаемой каждым участником от других членов группы.

Принцип партнерского общения предполагает учет каждым участником интересов других в процессе межличностного взаимодействия, а также их чувств, эмоций, переживаний, признание ценности личности другого

человека. Реализация этого принципа создает в группе атмосферу безопасности, доверия, открытости, которая позволяет участникам группы экспериментировать со своим поведением, не стесняясь ошибок.

Комплексная реализация данных принципов создает особые возможности для личностного саморазвития всех участников в тренинговой среде.

12.4. Тренинг компенсации кризиса профессиональной компетентности

Кризис профессиональной компетентности характеризуется состоянием психологического дискомфорта, вызванным осознанием личностью уровня теоретического владения возникшей проблемы, а также способностей и возможностей ее практической реализации в своей деятельности.

Данный кризис проявляется в растерянности педагога в связи с необходимостью решения поставленных задач и преодоления возникших трудностей, субъективное переживание которых может быть различным, вплоть до восприятия этих трудностей отдельными учителями как непреодолимых. Отсюда и разнообразная палитра отрицательных чувств, которые порождает кризис профессиональной компетентности: тревоги, возмущения, агрессии, состояния фрустрации и пр.

Личностная ценность кризисных состояний для человека остается под вопросом, ибо ничего приятного в состоянии разочарования, тревоги, фрустрации нет. Однако общественная ценность таких состояний не вызывает сомнений, т.к. они заставляют человека переосмыслить, перестроить свою профессиональную деятельность, стремясь достигнуть в ее осуществлении наибольших высот.

Компенсация по А.Адлеру, это повышенное, компенсаторное развитие физических, психических и личностных компонентов, возмещающих некоторые недостатки, реальные или мнимые. Выступает как механизм и

средство нейтрализации и преодоления комплекса недостаточности. Ученый выделяет реальную компенсацию и псевдокомпенсацию.

Реальная компенсация предполагает восприятие жизни как творческой задачи, в которой много возможностей и никаких невосполнимых поражений. Смелость, с которой такой человек встречает проблемы, находит подтверждение в словах: «Жить - это значит развиваться».

Псевдокомпенсирующиеся люди - это те люди, которые по каким-то причинам не могут идти по пути прямой борьбы с трудностями, а поэтому выбирают пути окольные. Вместо того чтобы преодолевать препятствия, они будут стараться загипнотизировать самих себя, чтобы вызвать у себя чувство превосходства. Они не учатся тому, чтобы быть более сильными, более адекватными, они учатся тому, чтобы показаться сильнее в собственных глазах. Уверенность в своей неспособности приводит к поиску окольных путей - псевдокомпенсаций.

Отсюда очевидно, что в самом общем виде цель тренинга состоит в расширении возможностей использования специалистом механизмов реальной компенсации, обеспечивающих восприятие профессиональной жизни как творческой задачи, решение которой педагогу по силам, представляет интерес и приносит пользу.

Чтобы конкретизировать цель и выделить ряд задач, способствующих ее достижению, укажем, отметим, что уровень переживания кризиса профессиональной компетентности, вероятно, будет зависеть:

1). от силы и интенсивности причин, его вызвавших;

2). функционального состояния специалиста, попавшего в ситуацию кризиса;

3). сложившихся устойчивых форм эмоционального реагирования на жизненные и профессиональные трудности.

Все вышесказанное позволяет выделить следующие задачи тренинга:

1. Формирование адекватного отношения к трудностям, возникающим в профессиональной деятельности.

2. Развитие навыков самооценки неблагоприятных психических состояний.

3. Развитие умения использовать психотехнические приемы, способствующие достижению и поддержанию высокой психической, духовной и физической формы.

4. Формирование эффективных индивидуальных стратегий эмоционального реагирования на жизненные трудности.

Таким образом, психологическая помощь приобретает особую актуальность в условиях рыночной экономики, когда возрастает значение профессионально-психологического потенциала и профессиональной мобильности специалистов, снижается их социальная защищенность, что требует всесторонней подготовки практических психологов, которые могут оказать квалифицированную помощь и поддержку лицам, испытывающим трудности в профессиональной жизни. Психологическая помощь - это целостный процесс изучения, формирования и коррекции профессионального становления с учетом своеобразия и психологических особенностей каждой стадии, а также права личности нести ответственность за свою профессиональную жизнь.

Литература

1. *Зеер Э.Ф.* Психология профессий. -5-е изд., перераб. и доп. М. : Академический проект, 2008.

2. *Козлов В.В.* Работа с кризисной личностью: Методическое пособие. М. : Изд-во Института терапии, 2003.

3. *Пряжников Н.С.* Кризисы профессионального становления. М. : Изд-во МГУ, 2004.

4. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб. : Питер, 2003.

Глава 13
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ЖЕРТВ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

13.1. Проблема сексуального насилия в психологии

Сексуальное насилие наряду с саморазрушающим поведением становится одной из наиболее серьезных социальных проблем общества. По данным, приводимым И.С.Коном, социологический опрос подростков в Санкт-Петербурге показал, что 39% девушек и 8% юношей в возрасте 17 лет считают себя жертвами сексуального насилия.

Еще советская уголовная статистика свидетельствовала, что 30% всех изнасилований совершают несовершеннолетние юноши 14 - 17 лет, 90% жертв изнасилования были не достигшими 25 лет женщинами, причем 46% из них - несовершеннолетними.

Было бы несомненным заблуждением считать, что приведенные данные отражают полную картину, связанную с сексуальным насилием, но и их достаточно для оценки серьезности проблемы, которая до сих пор так и не стала предметом открытого обсуждения в обществе и остается скрытой мощным заслоном семейной тайны и низкой сексуальной культуры.

Обработка 134 кризисных звонков, поступивших на телефон доверия Московского центра помощи пережившим сексуальное насилие за три месяца 1999 г., дала следующие цифры: в 97% случаев изнасилования жертвой была женщина, в 100% случаев насильником был мужчина. Наиболее частыми жертвами изнасилования являются женщины от 13 до 25 лет (58%), 16% случаев приходится на возраст от 1 до 12 лет. По отношению к жертве насильник был чужим человеком в 34% случаев, знакомым - в 66%.

Из 785 обратившихся (в т.ч. 427 - моложе 18 лет) в Санкт-Петербургский центр помощи пострадавшим от сексуального насилия лишь 37 человек (4,7%) обратились в правоохранительные органы[62].

Американские социологи также указывают на значимость проблемы сексуального насилия. Около 60% опрошенных женщин указали, что, по крайней мере, один раз в жизни они чувствовали себя объектами сексуального насилия, причем 70% из них - в отношениях с близкими знакомыми.

Национальная статистика США свидетельствует о том, что изнасилованными являются 25% женщин. Свыше половины опрошенных студенток колледжей подвергались сексуальным нападениям, из которых 15,4% были изнасилованиями, а 12,1% - его попытками.

Каждый четвертый студент признал, что совершил в жизни хотя бы один акт сексуальной агрессии. Чаще всего сексуальным покушениям подвергались подростки, но четверть этих случаев приходилась на долю детей младше 7 лет. Почти 40% опрошенных обязательно знали тех, кто подвергся сексуальному насилию в своем окружении.

И.С.Кон приводит несколько иные факты: по данным национального обследования в США, сексуальное принуждение испытали 22% женщин и 2% мужчин, во Франции - 5% женщин и 0,8% мужчин, а среди 16 - 20-летних норвежцев лишь 2,7% женщин сказали о том, что совершили первый половой акт «под давлением». Межкультурные сопоставления и сравнения в этой области требуют чрезвычайного внимания, так как низкая сексуальная культура является одним из важных факторов распространения данного негативного явления в обществе.

Существует целое направление - психология ***виктимности***, или виктимология. Жертву преступления всегда рассматривали с точки зрения не только причиненного вреда, но и ее роли в совершении преступления. Еще в

---

[62] *Кон И.С.* Совращение детей и сексуальное насилие в междисциплинарной практике // Дети России: насилие и защита: Материалы Всероссийской конференции. М., 1997. С. 63-74.

прошлом веке итальянский юрист и психиатр Чезаре Ломброзо считал, что вспыльчивые по натуре люди иногда совершают преступления под влиянием провоцирующего поведения потерпевшего.

Поведение жертвы сексуальной агрессии может быть различным. Она бывает парализована и подавлена страхом и без всякого сопротивления беспрекословно выполняет требования агрессора.

Интенсивное переживание страха вызывает автоматическую подчиняемость и тем самым создает почву, провоцирующую насилие, и способствует формированию криминогенной ситуации.

Кроме подчиняемости, встречаются и другие формы регрессии в виде нецеленаправленного и хаотического поведения. Жертвой может овладеть желание отомстить обидчику, но автоматизм делает ее действия неконтролируемыми, непредсказуемыми. В любом случае из-за дезинтеграции психических процессов виктимная личность теряет контроль над собой. Ее дополнительные отрицательные переживания обусловлены отношением окружения к случившемуся. Оно часто негативно относится к жертвам сексуальной агрессии, обвиняя их в пренебрежении нормами морального поведения и попустительстве агрессору. Кроме того, существует сильный страх перед унижениями, с которыми приходится сталкиваться при юридическом расследовании дела.

Сексуальное насилие по сравнению с другими преступлениями против личности обладает высоким уровнем латентности. Так, из 134 обратившихся на телефон доверия лишь 20% заявили о случившемся в милицию, а было зарегистрировано и дошло до суда всего 3% случаев.

Нежелание заявлять о случившемся в милицию объясняется, с нашей точки зрения, многими факторами:

избеганием ситуаций, напоминающих о травме в результате действия психологических защитных механизмов,

неверием в способность судебной системы защитить жертву,

боязнью получить дополнительные травмирующие переживания, связанные с оценкой поведения жертвы как провоцирующего.

Действительно, очень часто жертва изнасилования в процессе судебного разбирательства подвергается так называемой вторичной виктимизации в результате вышеперечисленных явлений.

Как ни важны виктимологические исследования, их значение для консультирования состоит прежде всего в том, что они напоминают консультанту о возможной сложности, неоднозначности и внутренней конфликтности переживаний обратившегося.

13.2. Сексуальное насилие в семьях и его жертвы

Семейное насилие в сексуальной форме представляет серьезную психосоциальную проблему. По сравнению с сексуальным насилием домашнее насилие является менее изученной проблемой. В современной литературе *домашнее насилие* трактуется как *повторяющийся с увеличением частоты цикл: физического, словесного, духовного и экономического оскорбления в целях контроля, запугивания, внушения чувства страха***.**

В обществе существует много мифов о проблеме домашнего насилия. Стереотипизация этой проблемы начинается с представления о внешнем виде и социальном положении женщин, подвергающихся насилию, хотя, по данным статистики, домашнее насилие существует во всех социальных группах, независимо от уровня доходов, образования, положения в обществе.

Так, по данным кризисного центра «Анна», 65% женщин, обратившихся в центр за 1999 год, живущих в обстановке домашнего насилия, имеют высшее образование, 65 % женщин живут в семьях со средним и высоким достатком.

Семья чаще всего рассматривается как частная сфера жизни человека, и это в большой степени затрудняет изучение происходящих в ней явлений и оказание помощи при возникновении проблем. Домашнее насилие чаще всего

выступает как комплексное явление, включающее многие виды насилия: физическое, сексуальное, психологическое и другие.

Как показывают исследования, в 30% сексуальное насилие осуществляют старшие члены семьи. Чаще всего «совратителями» являются братья и сестры (45% девочек и 60% мальчиков), а также отцы и отчимы (38% девочек и 10% мальчиков), некоторые сыновья (6%) имеют сексуальные контакты с матерями. Эти данные американской статистики дополняются тем, что 52% американских студентов, имевших этот опыт, восприняли его отрицательно, 18% - нейтрально, а 30% - положительно.

Сексуальное насилие в семье имеет следующие признаки:

(а) неравноправные взаимоотношения;

(б) одностороннюю власть старших над младшими;

(в) ограничение свободы и возможности выбора для ребенка;

(г) удовлетворение полового влечения со стороны взрослого как основной мотив.

Формы злоупотреблений бывают разнообразными: эксгибиционизм и (или) прикосновение к половым органам, мастурбация, половой акт или его попытка и другие.

Сексуальное насилие не только порождает дисгармонию семейных отношений, но, начинаясь в детском или чаще в подростковом возрасте, приводит к серьезным негативным изменениям личности (сексуально-ролевой идентификации). После насилия, иногда через длительное время, могут возникать различные сексуальные дисфункции и формы необычного прежде для жертвы сексуального поведения.

Существует определенная связь между насилием в детстве и последующей гомосексуальностью, проституцией, склонностью к совращению малолетних. Со временем появляется «синдромом жертвы изнасилования»: частые приступы страха, фобий, тревоги, гнева, хроническое мышечное напряжение, депрессии. Считается, что с насилием связан и повышенный риск возникновения суицидальных тенденций.

Американские специалисты описывают также корреляцию между сексуальным насилием в детстве и вероятностью оказаться в более старшем возрасте в ситуации изнасилования: этот феномен называется «ревиктимизацией», то есть человек оказывается склонным к неоднократному пребыванию в роли жертвы.

Почти у половины жертв насилия возникает расстройство, известное как множественная личность (в DSM-IV и МКБ-10 кодируется в рубрике «диссоциативные расстройства»). Оно характеризуется длящимся годами альтернирующим сознанием. Может возникать раздвоение или даже множественное расслоение личности с появлением ряда состояний сознания, содержания которых различаются между собой. Это проявляется в том, что стереотипы поведения, характерные для одного состояния, оказываются прерванными при переходе в другое, и человек ничего не помнит о предшествующем, но, возвращаясь в него, он использует свойственный именно тому состоянию сознания стиль поведения.

В США известен случай Билли Милигана, который в возрасте 22 лет был обвинен в краже детей и изнасиловании; по причине психического заболевания он был признан невменяемым. Психологическое обследование показало, что у него было 24 разные личности (потерпевших), причем две из них были женщинами, а одна - молодой девушкой. Был среди них один англичанин, австралиец и югослав, который разговаривал, читал и писал на сербском языке. Одна женщина, лесбиянка, была поэтессой, в то время как югослав был специалистом по вооружению и амуниции, а британец и австралиец - мелкими воришками.

В беседе с ребенком или подростком, подвергшимся сексуальному насилию, встречаются такие эмоциональные переживания, как страх, скрытность, замкнутость, трудности в сосредоточении внимания, причудливые перемены настроения или депрессия.

Жертва насилия испытывает неприятные ощущения в теле (например, частые боли в горле), нарушения сна и ночные кошмары. Ее

может отличать навязчивое стремление к чистоте, с защитной целью она носит много одежды. В отношении к окружающим, чаще авторитетным фигурам, например родителям, высказывается недоверчивость и подозрительность.

Нередко в поведении собеседников отмечаются поступки, свидетельствующие о склонности к саморазрушающему поведению (нанесение самоповреждений, злоупотребление алкоголем и наркотиками, передозировка лекарств, суицидальные тенденции и т.д.).

Чувство бессилия клиента (абонента) перед сложившейся ситуацией и страх того, что он не контролирует даже самые простые события, доминируют в переживаниях. Поэтому любую попытку восстановить самоконтроль следует услышать и поддержать.

Важно также работать над восстановлением самооценки, которая подорвана в результате совершенного насилия и смещена в сторону самообвинения и чрезмерных угрызений совести. Очень важно восстановление доверия, которое грубо предано или разрушено. Часто речь идет не только о доверии к отдельным людям, но и к миру в целом. Нередко возникает необходимость обсуждения сферы сексуальных отношений, которые после насилия надолго лишаются естественности и привлекательности.

Психологические особенности жертв домашнего насилия мало изучены. На наш взгляд, поведение и особенности жертвы насилия могут во многом быть следствием сложившейся жизненной ситуации, характеризующейся присутствием насилия.

Результаты психологических исследований ученых, а также пилотных исследований, проведенных нами в кризисном центре «Гортензия» (Тверь), позволяют выделить некоторые наиболее общие характеристики женщин, пострадавших от домашнего насилия. Среди них[63]:

---

[63] *Калинина С.Б.* Профессиональная деятельность консультанта кризисного центра по оказанию психологической помощи женщинам в ситуации насилия : Автореф. дис. канд. психол. наук. Тверь, 2002. С.16.

- низкая самооценка;
- приверженность традиционным представлениям о семье, роли женщины в семье и обществе, «женском предназначении»;
- присвоение себе ответственности за действия обидчика;
- чувство вины и отрицание чувства гнева, которое они испытывают по отношению к обидчику;
- выраженные реакции на стресс и психофизиологические жалобы;
- вера в то, что сексуальные отношения могут стабилизировать отношения в целом;
- чувство беспомощности и неверие в то, что кто-то может им помочь;
- психологическая зависимость от партнера.

Многие авторы считают, что психологические особенности женщин, подвергающихся домашнему насилию, являются проявлениями посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) и могут быть сгруппированы в отдельные синдромы:

«синдром изнасилованных» (A. Burgess, L.Holmstrom) или

«синдром избиваемой женщины» (L.Walker).

За три года деятельности кризисного центра «Гортензия» на телефон доверия поступило 720 звонков и было проведено 284 очных консультаций психологов. Среди них по проблеме сексуального насилия обратилось очно и по телефону 115 женщин, по проблеме семейного насилия - 530. Из общего количества обратившихся по поводу сексуального насилия 64 женщины пережили изнасилование, 51 женщина сообщила о попытке изнасилования[64].

Среди женщин, пострадавших от сексуального насилия, можно выделить три возрастные группы:

1) от 6 до 13 лет (10 %);

2) от 14 до 30 лет (64 %);

---

[64] *Калинина С.Б.* Профессиональная деятельность консультанта кризисного центра по оказанию психологической помощи женщинам в ситуации насилия: Автореф. дис. канд. психол. наук. С.14.

3) от 31 до 54 лет (26 %).

В 75 % случаев изнасилования сопровождались физическим насилием в отношении жертвы (удары, пинки, толчки, попытки удушения).

В 60 % случаев насильник угрожал жертве ножом или другим оружием.

Только 30 % пострадавших от насилия сообщили о случившемся в милицию.

В группе женщин, пострадавших от домашнего насилия, также можно выделить три группы:

1) женщины со стажем семейной жизни от 1 года до 3 лет (18 %);

2) женщины с семейным стажем от 3 до 10 лет (58 %);

3) женщины с семейным стажем свыше 10 лет (26 %).

В целях изучения мотивов, руководствуясь которыми женщины, несмотря на присутствие в их семейной жизни насилия, продолжают жить со своими партнерами, был проведен контент-анализ высказываний женщин - клиентов телефона доверия кризисного центра.

Был получен список возможных мотивов. Из них наиболее часто встречаются такие[65]:

- страх потерять детей;
- страх физической боли;
- любовь к партнеру;
- вера, что все еще наладится.

Таким образом, женщина, живущая в ситуации домашнего насилия, вынуждена делать выбор между различными альтернативами и ее решение продолжать семейные отношения является для нее непростым отказом от активных действий, в чем ее часто упрекают окружающие.

Для уточнения ситуации, в которой оказалась женщина, и ее психологических особенностей мы предложили клиентам в ходе беседы с

---

[65] *Калинина С.Б.* Профессиональная деятельность консультанта кризисного центра по оказанию психологической помощи женщинам в ситуации насилия: Автореф. дис. канд. психол.наук. С.15.

консультантом заполнить разработанную нами анкету. Анализ эмпирических данных, полученных с помощью этих анкет, дал следующие результаты: всего получено 70 анкет, из них 30 - от женщин, переживших изнасилование, 40 - от женщин, живущих в ситуации семейного насилия.

Среди женщин, обратившихся по поводу семейного насилия, 68% находятся в официальном или гражданском браке, 32% подвергаются насилию со стороны бывших супругов.

Описывая ситуацию домашнего насилия, женщины используют следующие формулировки: «Муж бьет, издевается», «Невозможно стало жить», «Боюсь за детей».

100% женщин указали на то, что испытывают психологическое (эмоциональное) насилие в семейной жизни, 62% - физическое.

Около 30% женщин признались в том, что в их жизни регулярным является сексуальное насилие со стороны мужа или партнера.

Чаще всего в 87% случаев женщины указывают на то, что подвергаются нескольким видам насилия в семейной жизни. Формы проявления того или иного вида насилия могут различаться, но несомненным является высокая степень травматичности таких отношений для личности человека.

Женщины, обратившиеся по поводу изнасилования, считают, что подверглись и психологическому насилию, унижению. В 66% случаев изнасилование сопровождалось физическим насилием, в остальных случаях - угрозами расправы. 78 % всех обратившихся по проблемам насилия отметили наличие всех основных симптомов ПТСР.

В научной литературе выделяются следующие *виды сексуальных злоупотреблений по отношению к детям:*

1. Сексуальная эксплуатация детей, злоупотребление их беспомощностью для непосредственного удовлетворения собственных сексуальных потребностей взрослого или в коммерческих целях.

2. Подавление детской сексуальности (физическое повреждение половых органов ребенка), нормальных сексуальных интересов.

3. Эротизация детей (искусственная стимуляция детской сексуальности в ущерб задачам развития).

Реакция ребенка на сексуальное насилие зависит от возраста, общего характера взаимоотношений, сексуального контакта, а также от реакции окружающих людей. В целом сексуальное насилие имеет тяжелые *последствия*, которые могут проявляться в следующем:

1. Психопатология, наличие посттравматическиих симптомов (тревога, ночные кошмары, аффективные нарушения, переживание вины, стыда).
2. Неадекватное, избегающее, самодеструктивное поведение и его сексуализация.
3. Резкое изменение стиля жизни, особенно у подростков.
4. Перенесение эмоционального отношения к насильнику на других людей.
5. Физические нарушение и само жалобы.
6. Когнитивные нарушения памяти, внимания, низкая самооценка, переживание неадекватного чувства вины.

В 75 % случаев женщины указывали на отсутствие сколько-нибудь серьезной и систематической поддержки в ближайшем окружении, что в большой мере способствовало их обращению в центр.

Большинство обращений (64%) происходит на этапе острого стресса и выхода из него (от 1-й недели до 1-2 месяцев с момента травмы). Вероятно, к этому времени событие и его психологический смысл полностью осознаются женщиной. Данные эмпирического исследования жертв насилия говорят о том, что насилию могут подвергаться женщины разного возраста и социального статуса. Многие женщины, будучи в разводе, продолжают испытывать насилие со стороны бывших супругов.

Женщины, обращающиеся в кризисный центр, в первую очередь нуждаются в психологической помощи, ищут поддержки и понимания со стороны близких и специалистов-психологов и психотерапевтов. Для многих

женщин, на наш взгляд, важным является осознание факта насилия и себя в качестве пострадавшего, а не виновника происшедшего.

Соответственно помощь, которую получит женщина, обратившись к консультанту кризисного центра, может быть разноплановой, включающей в себя как психологическую поддержку на уровне чувств, так и совместное с консультантом интеллектуальное овладение ситуацией, поиск в выборе возможных альтернатив, а также поддержку позитивных изменений в личности и поведении женщины.

Опрос женщин - клиентов кризисного центра показал, что большинство из них положительно оценивает результаты обращения к консультанту как по телефону доверия, так и в очную консультацию. Это свидетельствует об эффективности такой формы работы и оказании реальной психологической помощи обратившимся в кризисный центр женщинам.

13.3. Особенности оказания психологической помощи при сексуальном насилии взрослому и ребенку

Среди психологических подходов к пониманию насилия особое значение имеет гуманистическая концепция Э.Фромма и К.Роджерса, заложившая основы современной практики оказания психологической помощи жертвам насилия.

Основная идея гуманистической психологии, имеющая прямое отношение к деятельности консультанта кризисного центра, - использование внутреннего опыта человека для исследования и изменения его личности.

В рамках гештальтпсихологии (Ф.Перлз, Р.Рейнуотер) созданы многочисленные техники психологического влияния, способствующие активным внутренним изменениям человека, преодолению его кризисных состояний. С их помощью вполне реально способствовать:

а) установлению контакта с окружающим и восприятию актуального настоящего.

«Что Вы видите или чувствуете сейчас, в данный момент?»,

«Что происходит с Вами и вокруг Вас?»;

слова «сейчас», «в данный момент» являются ключевыми и следует достигать их отражения, что понемногу возвращает собеседника к реальности;

б) работе над сосредоточением внимания.

«Всмотритесь (вслушайтесь, вчувствуйтесь) в то, что происходит именно сейчас с Вами, вокруг Вас»;

фиксация на актуальных переживаниях смещает в сторону то, что было в прошлом и позволяет сосредоточиться не только на реальности, но и на происходящих переменах в состоянии абонента;

в) работе с воспоминаниями. Человек обладает фундаментальной способностью - завершать любую ситуацию или взаимодействие (контакт), которые не являются законченными. Работа с воспоминаниями помогает завершить гештальт и подойти к возможности изменений;

г) работе с ощущениями тела. Дезинтеграция приводит к тому, что все чувства притупляются. Осознавание того, что происходит с телом, способствует жизни в настоящем и интеграции частей личности;

д) работе с вербализацией мыслей и чувств. Высказывание способствует отстранению переживаний и снижению их интенсивности, чтобы затем привести к реконструкции, переменам и новому синтезу;

е) работе с непрерывностью эмоций. Отрицательные эмоциональные переживания являются значимыми, их можно контролировать; введение элементов осознанного контроля устраняет бесчувственность и уход от испытания чувств, при этом важна спонтанность, а не самопринуждение.

Таким образом, человек испытывает комплекс сильнейших переживаний - чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и

оценивать события окружающей действительности, страх того, что «все узнают», брезгливость к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному.

Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время суток, безлюдный участок дороги и т.п.).

Если виновник - знакомый, то причину человек ищет внутри себя. Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но более продолжительной.

При оказании *помощи взрослому* наиболее оптимальны следующие действия:

- не бросайтесь сразу обнимать человека. Возьмите его за руку или положите руку на плечо; если увидите, что это ему неприятно, избегайте телесного контакта;
- не решайте за человека, что ему сейчас необходимо делать или говорить (он должен ощущать, что не потерял контроль над реальностью);
- не расспрашивайте пострадавшего о подробностях происшедшего. Ни в коем случае не обвиняйте его в случившемся;
- дайте понять человеку, что он может рассчитывать на вашу поддержку;
- если человек начинает рассказывать о происшедшем, побуждайте говорить не столько о конкретных деталях, сколько об эмоциях, связанных с событием;
- если человек высказывает мысли о себе в негативной форме («Это была моя вина», «Я должна была действовать по-другому»), просите его говорить обратные, позитивные утверждения («Это не моя вина,

виноват насильник», «Я сделала все возможное в таких обстоятельствах»).

- если пострадавший решил обратиться в милицию, идите туда вместе и помогите ему (оформление заявления и выяснение примет преступников заставляют снова в подробностях переживать ситуацию).

Желательно, чтобы помощь оказывал человек одного пола с потерпевшим.

Особенности оказания помощи ребенку

Ребенку, пережившему сексуальное насилие, трудно рассказать о случившемся (он может быть запуган или не найдет слов для сообщения о том, что с ним произошло). В то же время физические повреждения, такие как переломы, повреждения, нанесенные тупым предметом, ожоги, повреждения в области гениталий, имеют по всей вероятности, следствие сексуального злоупотребления.

Способы, которыми дети могут выражать произошедшее, следующие:

- у маленьких детей возможно отражение события в игре и рисунке (преобладание черно-красной цветовой гаммы, в рисунке себя отсутствуют руки, ярко выражена штриховка в области гениталий);

- у детей старшего возраста сообщение «открытым текстом» обычно свидетельствует об отчаянии или о большом доверии взрослому;

- старшие дети рассказывают только о части случившегося, тогда как маленькие говорят обо всем прямо;

- рассказы о третьем лице: «Это показывали по телевизору», «Это произошло с моей знакомой».

Происходят изменения в поведении, в отношениях со взрослыми и сверстниками.

Возможны следующие реакции:

- боязливость, подавленность, агрессивность, ночные кошмары, нежелание ложиться спать;
- настаивание на том, чтобы спать одетым;
- отказ ходить в школу;
- проявление симптомов заболеваний (потеря аппетита, тошнота, рвота, повышение температуры).

Психика сама защищается от тяжелого переживания, поэтому ребенок может не помнить отдельные моменты или событие в целом.

При оказании *помощи* ребенку создайте атмосферу безопасности. Повторяйте, что вы всегда будете рядом с ним.

Если не оказать квалифицированную психологическую помощь, то случившееся наложит отпечаток на всю дальнейшую жизнь ребенка.

Не сдерживайте чувства ребенка, дайте возможность проявить их в игре, рисунке, лепке.

Не стремитесь к тому, чтобы ребенок просто быстрее забыл о случившемся.

Наряду с общепринятыми методами кризисного консультирования, используемыми в работе с женщинами - жертвами насилия, участники исследования назвали некоторые специальные методики: «Чувство вины», «Письмо насильнику», «Опросник ПТСР», «Что дает мне силы».

13.4. Особенности телефонного консультирования жертв сексуального насилия

Специфика организации общения в системе «консультант - клиент» проявляется также в использовании различных видов общения, в основном опосредованных: общение по телефону, переписка, общение в рисунках и т.д.

Профессиональное общение консультанта имеет продуктивные и репродуктивные аспекты с преобладанием продуктивных, когда ситуация

общения требует подключения творческого потенциала личности. В практике кризисных центров существуют также наработанные модели, алгоритмы кризисного консультирования, среди которых наиболее распространенными являются кризисная интервенция, краткосрочная психотерапия и соконсультирование.

Деятельность по оказанию психологической помощи женщинам опирается на ряд этических принципов, сформулированных в практической психологии. Важнейшими из них можно считать: постоянную доступность, анонимность и конфиденциальность, уважение и защиту звонящего.

Специфика деятельности консультанта находит свое выражение в тех функциях, которые он выполняет. Среди них необходимо выделить: диагностическую, психотерапевтическую, профилактическую, консультативную, прогностическую.

Наиболее важными качествами консультанта эксперты считают эмпатию, профессионализм в области психологии, коммуникативность. В системе отношений «консультант - клиент» наибольший ранг получили позиции: способность оказывать психологическую поддержку, способность сопереживать, сочувствовать клиенту, развитые навыки активного слушания, способность к рефлексивному управлению, навыки саморегуляции своего эмоционального состояния в процессе общения с клиентами, владение методами снятия нервно-психического напряжения, связанного с профессиональной деятельностью.

Выбранные позиции отражают значимость в деятельности консультанта всех традиционно выделяемых сторон общения, а именно эмоциональной, поведенческой и когнитивной.

Основные психологические нагрузки в деятельности консультанта имеют преимущественное значение по отношению к его эмоциональной сфере, становясь источником профессиональных рисков, порождая такие распространенные явления, как эмоциональное «выгорание» и высокое нервно-психическое напряжение консультанта.

Результаты опроса свидетельствуют о значимости такой стороны профессиональной подготовки консультантов, как обучение навыкам саморегуляции, а также о важной роли супервизии состояния консультанта как необходимого звена в организации деятельности кризисного центра.

Основными приемами общения в деятельности консультанта кризисного центра являются рефлексивное и эмпатическое слушания.

Профессиональное общение консультантов предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Для консультанта кризисного центра, как и для других специалистов системы «человек - человек», актуальна проблема эмоционального «выгорания» (Х.Дж.Фрейденбергер, К Кондо, С.Махач).

В консультировании (телефонном) встречаются следующие типы обращений:

(а) непосредственно жертвы сексуального насилия. Различаются по времени - сразу после происшедшего или с определенной экспозицией;

(б) друзей или родственников жертвы;

(в) абонентов, испуганных слухами или фактами сексуального насилия, желающих получить информацию и поддержку.

При консультировании жертв насилия необходимо:

1. Обеспечить возможно более полное и безусловное принятие.
2. Способствовать повышению самооценки.
3. Помочь составить конкретный план поведения в обстоятельствах, связанных с насилием (информация о милиции, суде, медицинских процедурах).
4. Помочь определить основные проблемы.
5. Помочь мобилизовать системы поддержки личности.
6. Помочь осознать серьезность происшедшего.
7. Помочь осознать необходимость затрат времени на выздоровление.
8. Выявить и укрепить сильные стороны личности абонента.

Профессиональное общение консультантов носит целенаправленный характер и строится в соответствии с определенными принципами, среди которых могут быть выделены принципы поддержки, принятия, помощи в проявлении и вербализации чувств клиента, совместного поиска ресурсов.

В системе общения с женщинами - клиентами кризисного центра особое значение приобретают принципы «консультирования на равных» и «помощь в обретении власти и контроля над своей жизнью».

Принципы телефонной помощи жертвам изнасилования:

1. **Уважение**

- ► оценка доверия, оказанного обращением за помощью;
- ► конфиденциальность;
- ► учет половых и культуральных особенностей жертвы.

2. **Подтверждение**

- ► высказываний абонента и необходимости выразить свои чувства;
- ► реальности, что жертва осталась в живых и имеет достаточно личных сил, чтобы справиться с травмой;
- ► естественности и адекватности ее чувств;
- ► позитивное объяснение проявлений психологической защиты.

3.**Убеждение**

- ► в том, что жертва не виновата;
- ► что она преодолеет свои переживания, страхи и ночные кошмары, являющиеся «работой горя»;
- ► что теперешнее состояние пройдет, если появится надежда;
- ► что она имеет для преодоления необходимые силы и ресурсы;
- ► что ей самой следует определять, что, когда и кому рассказывать о случившемся.

4. **Предоставление максимальных возможностей**

- ► предоставьте жертве инициативу в процессе консультирования;
- ► дайте необходимую информацию, не заставляя принимать ответственность за случившееся;

► не утверждайте, что необходимо лечение;

► не интересуйтесь деталями происшедшего, если этого не требуется в терапевтических целях.

Основными принципами организации профессионального общения опрошенные консультанты считают, кроме упомянутых выше:

- наделение клиента силой,
- возвращение клиенту ответственности за собственную жизнь,
- отказ от директивного стиля общения,
- отказ от модели «спасательства».

Работа консультанта телефона доверия кризисного центра для женщин - жертв насилия имеет свои особенности:

1. Женщина, обращающаяся за помощью по телефону доверия, часто находится в состоянии эмоционального напряжения, возбуждения.
2. Контакт носит только вербальный характер.
3. Разговор может в любую минуту прерваться и оказаться единственным.

В процессе взаимодействия женщины и консультанта кризисного центра, на наш взгляд, могут быть выделены три основные ***стратегии*** работы:

1. Эмпатическое слушание: я друг, который рядом;
2. Консультирование: я обладаю информацией и готов с Вами поделиться;
3. Психотерапия: я могу помочь Вам измениться, если Вы этого хотите.

В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать обстоятельства психотравмы. Прежде всего следует поощрить ее к рассказу об ощущениях и чувствах. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, и он должен быть предоставлен активным слушанием.

Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что агрессору не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву в том, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам и лучшим доказательством этого является то, что она осталась жива.

Спектр возможных ***эмоциональных реакций*** жертвы широк:

1. **Страх,** который может приводить к развитию фобий (вновь подвергнуться избиениям, насилию или лишиться жизни). Его не следует подавлять. Более того, поскольку он основан на реальных обстоятельствах, возможно, необходимо предпринять действия по обеспечению безопасности. Существует и страх отвержения близкими.
2. ***Отрицание серьезности или вообще существования проблемы***. Сложившаяся ситуация не осознается или представляется нереальной. В беседе следует принимать важность потребности абонента в этой психологической защите.
3. ***Потрясение отсутствием или неприемлемостью альтернатив - выходов из ситуации***. Сильные эмоциональные переживания приводят к дезорганизации поведения и дезинтеграции личности. Потрясение усиливается необходимостью резких изменений в обыденной жизни: сменой жилища, поиском работы, новой школы и т.п. В этом хаосе целесообразно совместно выбрать наиболее важные приоритеты и, используя сильные стороны личности, составить конкретный и исполнимый план действий.
4. **Беспомощность,** вызванная неудачными попытка ми сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружения и общества. Ее преодоление способствует осознанию реальности разрешения ситуации, которое послужит внесению в жизнь новых перемен.
5. **Гнев.** Возникает немедленно или с отсрочкой и может быть

направлен на любого человека, его стоит выразить до конца, как бы это ни было болезненно и мучительно.

6. **Чувство вины.** Оно появляется как расплата за заблуждения, неправильное поведение или уход от значимых отношений. Вину бессмысленно отрицать. Важнее всего то, что ее переживание указывает на явления, которые зависят от собеседника, а потому могут быть изменены при его желании.
7. **Недоверие,** возникающее в силу того, что консультант относится к числу посторонних, от которых продолжает исходить опасность. Кроме того, оно является следствием жизни в условиях ограниченности контактов и общения, что формирует отгороженность и неспособность к самораскрытию. Поскольку недоверие является реальным, нелишним будет выслушать и принять выражение недовольства и разочарования.
8. **Депрессия,** проявляющаяся в чувстве малозначимости и неспособности к действиям, часто поддерживаемая окружением. Ее преодоление возможно путем принятия чувств, приобретения самоконтроля и активного участия в жизни.
9. **Амбивалентность.** Обусловлена проблемностью социальной и сексуальной ролей как у абонента, так и у значимых лиц из окружения, а также необходимостью принимать решения об изменении стереотипов жизни. Признав право собеседника на двойственность эмоций, необходимо дать ему возможность их открыто проявить.

После отреагирования на эмоциональное напряжение следует постепенно переходить к работе по восстановлению личностного контроля. В этом процессе не может быть быстрых результатов: порой должно пройти немало времени - недели или месяцы, а иногда уходят годы на то, чтобы полностью реконструировать отношения с окружением и достичь интеграции личности.

Нет смысла фиксировать внимание на деталях сексуального нападения: фиксация и генерализация этих переживаний может привести к хронической беззащитности и непреодолимому страху перед всеми мужчинами.

Если абонент звонит непосредственно после совершенного сексуального нападения, ему рекомендуется обращение в правоохранительные органы по телефону или лично, для чего он снабжается соответствующей информацией. Следует абонента убедить в том, что необходимо дать показания следственным органам и как можно быстрее пройти медицинское обследование. Для его эффективности стоит сказать, что сделать это желательно в течение первых суток и иметь определенные медицинские доказательства изнасилования (не мыться, не принимать ванну). Давать жертве эту информацию и рекомендации очень трудно, целесообразно напомнить, что эти действия могут облегчить оказание ей помощи.

Безусловно, важность такой консультации требует от психолога особого такта и тщательности. Абонент, обращаясь к нему, а не в правоохранительные органы, имеет для этого свои основания и потому прямое переадресование воспримет как отвержение. Юридическая информация может быть воспринята им лишь на фоне установленного доверия и базовой консультативной проработки переживаний.

Из-за отсутствия надежной системы законов и их исполнения обращения несовершеннолетних, пострадавших от сексуального насилия, за правоохранительной помощью бывают крайне редкими. Это связано с психологической травматичностью дознания и судебного процесса, опасениями распространения нежелательной информации в учебных заведениях, среди окружения, сомнениями в получении действенной юридической помощи, страхом перед местью насильника или его окружения и неуверенностью в том, что правоохранительные органы эффективно осуществят защиту.

Литература

1.*Калинина С.Б.* Профессиональная деятельность консультанта кризисного центра по оказанию психологической помощи женщинам в ситуации насилия : автореф. дис. канд. психол. наук. Тверь, 2002.

2. Материалы Ассоциации защитников женщин - жертв семейной агрессии США // Вестник РАТЭПП. 1995. № 1. С. 48-73.

3. *Франк Л.В*. Виктимология и виктимность. Душанбе : Ифрон, 1972.

4. *Цимбал Е*. Проблемы домашнего насилия в России // Сексуальные домогательства на работе. М., 1996.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдурахманов Р.А.* Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий. М. : ГА,1993.

2. *Ажгихина Н.* Приют для обиженных жен (шведская семья – против насилия) // Независимая газета. 2000. №9.

3. *Александровский Ю. А.* Пограничные психические расстройства. М.: Зевс; Ростов н/Д : Феникс, 1997.

4. *Алешина Ю.Е.* Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. М. : ТЕИС, 1994.

5. *Амбрумова А.Г., Бородин СВ., Михлин А.С.* Предупреждение самоубийств. М.: Изд-во Акад. МВД СССР, 1980.

6. *Амбрумова А.Г., Постовалова Л.И.* Социальные и клинико-психологические аспекты самоубийств в современном мире // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1991. № 1. С. 26-38.

7. *Амбрумова А.Г., Тихоненко В.А.* Диагностика суицидного поведения: метод. рекомендации. - М., 1980.

8. Антропология насилия / ред. В.В.Бочаров, В.А.Тишков. СПб., 2001.

9. *Аронсон Э.* и др. Социальная психология. СПб., 2000.

10. *Арьес Ф.* Человек перед лицом смерти : пер. с фр. М.: Изд. группа «Прогресс-Академия», 1992.

11. *Боенко А.В.* Суицидальное поведение военнослужащих срочной службы и его преодоление : автореф. дис. канд.психолог.наук. М. : ГА ВС, 1993.

12. *Бойченко Л.* Женская преступность, вопросы преодоления домашнего насилия, преступления против женщин в Республике Карелия // Права женщин в России. Законодательство и практика. 1998. № 4.

13. *Василюк Ф.Е.* Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. М. : Изд-во МГУ, 1984.

14. *Вахрушева С.* Медовый месяц чередуется с насилием // Новости Санкт-Петербурга. 2000. №23.

15. *Владиславова Н.* «Русское боевое НЛП в Чечне» // МПЖ. 2000. №1.

16. Военная психология / Под ред. А.Г. Маклакова. СПб. : Питер, 2004.

17. *Волобуева Ю.М.* Социально-психологическая коррекция Я-концепции инвалидов боевых действий : дис. канд. психол. наук. М., 2009.

18. *Гнездилов А. В.* Проблемы хосписной службы в России // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. № 1. С.175-178.

19. *Горшкова И.Д., Шурыгина И.И.* Насилие над женами в современных российских семьях. М. : МАКС Пресс, 2003.

20. *Градскова Ю.В.* Женщина как объект домашнего насилия: гендерные аспекты. По материалам круглого стола "Женский вопрос накануне 21 века" 27-28 апреля 1998 г. М. : Изд-во МГУ, 1998.

21. *Гроф С. Хелифакс Дж.* Человек перед лицом смерти : пер.с англ. М.: Изд-во Трансперсонального института, 1996.

22. *Дюркгейм Э.* Самоубийство: социологический этюд : пер. с фр. М.: Мысль, 1994.

23. *Зеер Э.Ф.* Психология профессий. 5-е изд., перераб. и доп.-М.: Академический проект, 2008.

24. *Зорза Р., Зорза В.* Путь к смерти: жить до конца : пер. с англ. М. : Прогресс, 1990.

25. *Калинина С.Б.* Профессиональная деятельность консультанта кризисного центра по оказанию психологической помощи женщинам в ситуации насилия : дис. канд. психол. наук. Тверь, 2002.

26. *Калиновский П.* Переход: последняя болезнь, смерть и после. М. : Новости, 1991.

27. *Калшед Дж.* Внутренний мир травмы. М., 2001

28. *Караяни А.Г., Сыромятников И.В.* Прикладная военная психология. СПб : Питер, 2006.

29. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. - М., 2002.

30. *Китаев-Смык Л.А.* Стресс войны: фронтовые заметки врача-психолога. М., 2001.

31. *Козлов В.В.* Работа с кризисной личностью : методическое пособие. М.: Изд-во Института терапии, 2003.

32. *Козлов Н.И.* Как относиться к себе и людям, или Практическая психология на каждый день. 2-е изд., перераб. и доп. М. : Новая школа; АСТ - Пресс, 1996.

33. *Козырева Е.А.* Программа психологического сопровождения школьников, их учителей и родителей. М.: Изд-во «Магистр», 1997.

34. *Колодзин Б.* Как жить после психической травмы. М., 1992.

35. *Кон И.С.* Вкус запретного плода. М., 1991.

36. *Корчемный П.А.* Военная психология : Учебник для студентов вузов. М. : Изд-во ОВЛ, 2005.

37. *Котик М.А.* Психология и безопасность. 2-е изд., испр. и доп. Таллин : Валгус, 1987.

38. *Краснов П.* Душа армии: очерки по военной психологии. Берлин, 1927 // Душа армии / под ред. А.С. Савинкина. М. : ВУ, 1998.

39. *Кюблер-Росс Э.* Весной она вернется // Жизнь после смерти. М. : Олимп, 1990.
40. *Лебедев В.И.* Экстремальная психология. Психическая деятельность в технических и экологически замкнутых системах : учебник. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001.
41. *Левин С.* Кто умирает? Исследование проблем осознанной жизни и осознанного умирания. Киев : София, 1996.
42. *Линдеманн Э.* Клиника острого горя // Психология эмоций : Тексты / под ред. В.К.Вилюнаса, Ю.Б.Гиппенрейтер. М.: Изд-во МГУ, 1984. С.212-220.
43. *Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Резник А.М.* Боевая психическая травма. М. : Медицина, 2005.
44. *Лукас К., Сейден Г.* Молчаливое горе: жизнь в тени самоубийства. М. : Смысл, 2000.
45. *Магомед-Эминов М.Ш.* Экстремальная психология: в 2 т. Т.2. От психотравмы к психотрансформации. М., 2006.
46. *Майерс Д.* Социальная психология. СПб., 1999.
47. *Макнаб К.* Психологическая подготовка подразделений специального назначения. М., 2002.
48. *Малкина-Пых И.Г.* Экстремальные ситуации : справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2005.
49. *Мамардашвили М.* О философии // Вопросы философии. 1991. № 5. С. 4-6.
50. Материалы Ассоциации защитников женщин - жертв семейной агрессии США // Вестник РАТЭПП.1995. № 1. С. 48-73.
51. *Метелица Ю.Л.* Судебно-психиатрическая экспертиза потерпевших. М.: Юрид. лит., 1990.
52. *Мэнделл Дж.Г., Дамон Л.* и др. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими насилие : пер. с англ. М.: Генезис, 1998.
53. *Мюррей М.* Узник иной войны. Удивительный путь исцеления от детской травмы. М., 2004.
54. Организация и методика работы центров (пунктов) психологической помощи, реабилитации, комнат психологической разгрузки : учебно-методическое пособие. М. : ГУВР, 1998.
55. *Орлов А. Б.* Психологическое насилие в семье - определение, аспекты, основные направления оказания психологической помощи // Психолог в детском саду. 2000. № 2-3. С. 182-187.
56. *Осипова А.А.* Справочник психолога по работе в кризисных ситуациях. Ростов н/Д, 2005.
57. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях. М. : Академия, 2007.
58. *Пайнс Э., Маслач К.* Практикум по социальной психологии. СПб., 2000.
59. *Парфенова Н.Б.* К типологии поведения несовершеннолетних потерпевших в ситуации психического насилия // Актуальные проблемы практического психолога. СПб.: Изд-во С.Петербург. ун-та, 1992. С. 43 - 48.
60. *Пергаменщик Л.А.* Кризисная психология. Минск, 2004.
61. *Перлз Ф.С.* Внутри и вне помойного ведра // *Перлз Ф.С.,* Гудмен П., Хефферлин Р. Практикум по гештальттерапии. - СПб. : Петербург - XXI век, 1995.
62. *Пирожков В.Ф.* Законы преступного мира молодежи. Криминальная субкультура. Тверь, 1994.
63. *Платон.* Сочинения : в 3 т.: пер. с древнегреч. М.: Мысль, 1970. Т.2. С. 11-94.
64. Плюс минус жизнь / Сост. Л.А. Сладков. М. : Молодая гвардия, 1990.
65. *Полищук Ю.Н.* О спорном понимании самоубийства как психологического явления // Вопросы психологии. 1994. № 1. С. 128-130.
66. *Попов В.Е.* Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий. М.: ГАВС,1992.
67. *Попогребский А. П.* Смысл жизни и отношение к смерти // Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / Под ред. Д.А.Леонтьева, В.Г.Щур. М.: Смысл, 1997. С. 177 - 200.
68. *Потапов С.А., Ткаченко А.А.* Понятие о сексуальном злоупотреблении в отношении детей и его психопатологические аспекты // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 1992. № 4. С. 54 - 62.
69. Профилактика самоубийств. М., 1995.
70. *Пряжников Н.С.* Кризисы профессионального становления. М.: Изд-во МГУ, 2004.
71. Психозы и неврозы в войне. М., 1996.
72. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г.С. Никифорова. СПб. : Питер, 2003.
73. Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. М.: ПИ РАО, 2007.
74. Психология экстремальных ситуаций : хрестоматия / сост. А.Е. Тарас, К.В. Сельченок. Минск: Изд-во Харвест; М.: АСТ, 1999.
75. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2007.
76. *Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. М., 2000.
77. *Решетников М.М.* Психическая травма. СПб., 2006.
78. *Рязанцев С.* Танатология (учение о смерти). СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 1994.

79. *Селье Г.* Стресс без дисстресса. Рига : Виеда, 1992.
80. *Соловьев И.О.* Посттравматический стрессовый синдром: причины, условия, последствия, оказание психологической помощи и психореабилитация. М., 2000.
81. *Столяренко А.М.* Экстремальная психопедагогика: Учебное пособие для вузов. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002.
82. Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и художественных текстах / Сост. А.Н.Моховиков. М.: Когито-центр, 2001.
83. *Съедин С.И., Абдурахманов Р.А.* Психологические последствия воздействия боевой обстановки. М.: ВУ, 1993.
84. *Сыманюк Э.Э.* Психотехнологии коррекции и профилактики профессионально обусловленных деструкций педагогов // Образование в Уральском регионе в XXI веке: научные основы развития: тезисы докладов науч.-практ. конф., 12-15 марта 2002 г.Екатеринбург, 2002. Ч.2. С.110-111.
85. *Тарабрина Н.В., Агарков В.А.,Быховец В.Ю.* и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. М. : Когнито-Центр, 2007.
86. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. М., 2001.
87. *Томас Г.* Левиафан // Соч : В 2 т. М., 1965. Т.1.
88. *Трегубов Л.З., Вагин Ю.Р.* Эстетика самоубийства. Пермь, 1993.
89. *Фенихель О.* Психоаналитическая теория неврозов / пер. с англ. А.Б. Хавина. М.: Академический проект, 2004.
90. *Фокс В.* Введение в криминологию : пер. с англ. М. : Прогресс, 1985.
91. *Фопель К.* Как научить детей сотрудничать. М.: Генезис, 1998.
92. *Франк Л.В.* Виктимология и виктимность. Душанбе : Ифрон, 1972.
93. *Франкл В.* Доктор и душа : пер. с англ. СПб. : Ювента, 1997.
94. *Франкл В.* Человек в поисках смысла : пер. с англ. М.: Прогресс, 1990.
95. *Фрейд 3.* Печаль и меланхолия // Психология эмоций. М.: Изд-во МГУ, 1984. С.203 - 212.
96. *Фрейд З.* Своевременные мысли о войне и смерти // Russian Imago-2001. Исследования по психоанализу культуры. СПб. : Алетейя, 2002.
97. *Хааз Э.* Ритуалы прощания: антропологические и психоаналитические аспекты работы с чувством утраты // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 1. С.29 - 47.
98. *Хайд Д., Блох С.* Этические аспекты работы с пациентами с суицидальными наклонностями // Этика психиатрии: Сб. статей : пер. с англ. Киев : Сфера, 1998. С. 185 - 200.
99. *Харди И.* Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1973.
100. *Хорни К.* Невротическая личность нашего времени. Самоанализ. М. : Мысль, 1994.
101. *Христенко В.Е.* Психология поведения жертвы. Ростов н/Д: Феникс, 2004.
102. *Цимбал Е.* Проблемы домашнего насилия в России // Сексуальные домогательства на работе. М., 1996.
103. *Черепанова Е.М.* Психологический стресс: помоги себе и ребенку. М. : Изд-во «Академия», 1997.
104. *Чхартишвили Г.* Писатель и самоубийство. М.: Новое литературное обозрение, 1999.
105. *Шнейдман Э.* Душа самоубийцы. М.: Смысл, 2001.
106. *Ялом И.* Экзистенциальная психотерапия : пер. с англ. М.: Класс, 1999.
107. *Янкелевич В.* Смерть / Пер. с фр. М. : Изд-во Литературного института, 1999.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Введение………………………………………………………… 3
Глава 1. Методологические основы учебной дисциплины «Психологическая помощь в кризисных ситуациях»……… 5
Глава 2. Психология кризиса. Классификация кризисных ситуаций……………………………………………………… 22
Глава 3. Посттравматическое стрессовое расстройство и его диагностика……………………………………………………… 61
Глава 4. Психологическая помощь лицам с посттравматическим стрессовым расстройством…………….. 72
Глава 5. Психологическая помощь военнослужащим в боевой обстановке…………………………………………………….. 106
Глава 6. Особенности работы психолога в условиях террористического акта………………………………………. 128
Глава 7. Психологическая помощь лицам в состоянии болезни, острого горя и пережившим утрату…………………. 139
Глава 8. Методы психологической помощи жертвам насилия…………………………………………………………… 161
Глава 9. Особенности психологической помощи детям-жертвам насилия……………………………………………… 179
Глава 10. Особенности психологической помощи суицидальным клиентам……………………………………… 194
Глава 11. Преодоление экстремальных ситуаций в повседневной жизни………………………………………….. 241
Глава 12. Психологическая помощь при профессиональном кризисе…………………………………………………………… 273
Глава 13. Психологическое консультирование жертв сексуального насилия…………………………………………. 309
Литература……………………………………………………. 343

Учебное издание

Александр Григорьевич КАРАЯНИ,
Петр Антонович КОРЧЕМНЫЙ

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ В КРИЗИСНЫХ СИТУАЦИЯХ

Учебное пособие

Редактор Т.Н. Михайлова
Компьютерный макет подготовлен К.А. Юрасовой

Изд. №1В-17.129/09 Подписано в печать 21.04.2010 г.
Бумага офсетная №1. Формат 60х80 1/16. Гарнитура «Таймс». Печать офсетная.
Объем – 21,25 п.л., 19,8 усл. п.л., уч.-изд. Л. -20,2. Тираж – 200 экз. Зак.17.

РИО Военного университета. 123001, г. Москва, г. Москва, ул. Б. Садовая, 14
Типография Военного университета